Supplemento ordinario alla "Gazzetta Ufficiale,, n. 256 del 3 novembre 2006 - Serie generale

Spediz. abb. post. 45% - art. 2, comma 20/b
Legge 23-12-1996, n. 662 - Filiale di Roma

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Venerdì, 3 novembre 2006** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - LIBRERIA DELLO STATO - PIAZZA G. VERDI 10 - 00198 ROMA - CENTRALINO 06 85081

N. 207

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

PROVVEDIMENTO 5 ottobre 2006.

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: «Linee guida per la definizione di protocolli tecnici di manutenzione predittiva sugli impianti di climatizzazione». (Repertorio atti n. 2636).

PROVVEDIMENTO 5 ottobre 2006.

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in materia di ricerca e reperimento di cellule staminali emopoietiche presso registri e banche italiane ed estere. (Repertorio atti n. 2637).

PROVVEDIMENTO 5 ottobre 2006.

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente un nuovo Patto sulla salute. (Repertorio atti n. 2648).

SOMMARIO

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

PROVVEDIMENTO 5 ottobre 2006.

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante: «Linee guida per la definizione di protocolli tecnici di manutenzione predittiva sugli impianti di climatizzazione». (Repertorio atti n. 2636).

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 5 ottobre 2006:

Visti gli articoli 2, comma 1, lettera *b)* e 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che attribuiscono a questa Conferenza la facoltà di promuovere e sancire accordi tra il Governo e le regioni e le province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

Visto l'Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del 27 settembre 2001 (Rep. atti n. 1292), concernente «Linee Guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati»;

Vista la prima stesura del documento in oggetto pervenuta dal Ministero della salute con nota del 1º agosto 2002;

Considerato che, per l'esame di detta proposta, si sono tenute presso la segreteria di questa Conferenza, varie riunioni tecniche tra settembre 2002 e maggio 2004;

Vista la nota pervenuta il 21 luglio 2006, con la quale il Ministero della salute ha qui trasmesso una nuova stesura del citato documento, elaborata dalla «Commissione Indoor» del medesimo Ministero e revisionata, sulla scorta degli esiti dell'ultima riunione tecnica tenutasi presso la segreteria di questa Conferenza il 28 maggio 2004, da un gruppo di lavoro composto, tra gli altri, da esperti delle regioni e dei Ministeri dell'ambiente, dell'economia e delle finanze e delle infrastrutture;

Vista la nota del 12 settembre 2006 con la quale la regione Toscana ha comunicato il parere tecnico favorevole ai fini del perfezionamento dell'accordo sul documento pervenuto dal Ministero della salute con la citata nota del 21 luglio 2006;

Acquisito, nel corso della odierna seduta, l'assenso del Governo e dei presidenti delle regioni e delle province autonome sul testo del documento di cui all'allegato *sub*-A;

Sancisce accordo

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome, nei termini di cui all'allegato *sub*-A, parte integrante del presente atto.

Il presidente: LANZILLOTTA

Il segretario: BUSIA

ALLEGATO *A*

MINISTERO DELLA SALUTE

DIPARTIMENTO DELLA PREVENZIONE E COMUNICAZIONE

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

SCHEMA DI LINEE GUIDA

PER LA DEFINIZIONE DI PROTOCOLLI TECNICI DI MANUTENZIONE PREDITTIVA SUGLI IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE

Il presente documento, esplicitamente previsto dall'Accordo Ministro della Salute Regioni e Province autonome del 27 settembre 2001, concernente"*Linee Guida per la tutela e la promozione della salute negli ambienti confinati* (G.U. del 27 novembre 2001, n. 276, SO n. 252), è stato elaborato dalla commissione "indoor" del Ministero della salute[1] e successivamente aggiornato e modificato da un apposito gruppo di lavoro interministeriale.[2]

Le indicazioni tecniche di seguito riportate fanno riferimento alla norma tedesca VDI 6022 (Luglio 1998): *Hygienic standars for ventilation and Air-Conditioning Systems for Offices and assebly Rooms* ed alle principali norme riguardanti la progettazione, l'installazione e la manutenzione dei comparti e sistemi aeraulici, riportate in Appendice A, tratta dalle Linee Guida dell'AiCARR.

Per le misure specifiche relative alla Legionella si rimanda alle "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi"[3] ed alle "Linee guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori di strutture turistico-recettive e termali"[4], ed eventuali documenti successivi.

L'acqua utilizzata negli impianti non è destinata a consumo umano e pertanto ai fini dei controlli di routine e delle analisi microbiologiche periodiche non è richiesta l'osservanza delle disposizioni previste nel Decreto Legislativo N. 31/2001, di attuazione della direttiva 98/83/Ce per la qualità delle acque destinate al consumo umano.

---

1 Commissione tecnico-scientifica per l'elaborazione di proposte di intervento in materia di inquinamento indoor, D.M. 8 aprile 1998

2 "Gruppo di lavoro per il trattamento dell'aria negli ambienti confinati". D.M. 30 marzo 2005

3 Linee-guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi G.U. SG. N. 103 del 4- 4- 2000.

4 Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato, le Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, Provvedimento 13 gennaio 2005, accordo ai sensi dell'art. 4 del D. Lgs. 28-8-1997, n. 281, tra il Ministero della salute e le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, avente ad oggetto "Linee guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori di strutture turistico-ricettive e termali", G.U. SG. N. 28 del 4-2-2005.

LINEE GUIDA

PER LA DEFINIZIONE DI PROTOCOLLI TECNICI DI MANUTENZIONE PREDITTIVA SUGLI IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE

0. CAMPO DI APPLICAZIONE

Tutti gli impianti, con l'esclusione dei casi in cui esistono prescrizioni specifiche.

Introduzione

Negli ultimi anni, l'attenzione del mondo scientifico, prima rivolta soprattutto al problema dell'inquinamento dell'aria atmosferica nei centri urbani, si è spostata verso i problemi derivati dalla contaminazione dell'aria interna; inoltre è maturata una sempre maggiore sensibilità di tutte le componenti del sistema sociale per i problemi di salute e di comfort caratteristici di questi ambienti.

Lo sviluppo degli studi sulla qualità dell'aria interna si articola intorno ad alcuni fatti salienti:

1. la crisi energetica e l'incremento del prezzo del petrolio che spingono i gestori di grandi edifici a diminuire la quantità di aria esterna da trattare, con conseguente scadimento della qualità dell'aria negli edifici e l'insorgere di casi di malessere diffusi negli occupanti;
2. l'interesse dell'igiene e della medicina del lavoro verso gli ambienti moderati, dopo che sono stati avviati a soluzione, per lo meno nei paesi più sviluppati, i problemi legati alla salute nei luoghi di lavoro;
3. la constatazione che l'alterazione della qualità dell'aria interna (IAQ) e, di conseguenza, gli effetti sulla salute e sul benessere dell'uomo interessano gran parte della popolazione dei paesi industrializzati che trascorre fino al 90% del tempo in ambienti confinati;
4. le stime dell'Organizzazione Mondiale della Sanità che sottolineano che il 30% degli edifici nei paesi industrializzati risulta affetto da problemi tali da causare disturbi e/o malattie negli occupanti;
5. l'impiego di materiali polimerici non sufficientemente testati e di tecniche edilizie non appropriate che possono aumentare la concentrazione degli inquinanti interni.

La specificità dell'inquinamento dell'aria negli ambienti interni non industriali si fonda sui seguenti argomenti:

1. sono esposti tutti i soggetti, quindi anche le categorie più deboli, e non soltanto la popolazione in età lavorativa e in buona salute;
2. sono presenti molti inquinanti a bassa concentrazione di difficile misurazione e dagli effetti ancora non studiati compiutamente;
3. il tempo di esposizione è esteso alle ventiquattro ore e non al solo orario di lavoro.

Un atto fondamentale del lungo processo di studio e approfondimento sui temi della qualità dell'aria, della salute e del comfort negli edifici è rappresentato dal Report[5] del WHO (World Health Organization), contenente i nove principi sul diritto di ogni persona a respirare aria pulita all'interno degli edifici, come base per futuri testi regolamentari e per linee-guida e in controversie legali.

Negli ambienti confinati gli impianti di climatizzazione svolgono le funzioni di controllo delle condizioni termiche e di umidità dell'aria, di ricambio controllato dell'aria e di cattura per filtrazione di polveri ed altre particelle trasportate. In pratica, però, esistono molti casi in cui l'impianto non svolge idoneamente queste funzioni e per giunta può trasportare o diventare esso stesso una fonte di contaminanti, rumore e vibrazioni, soprattutto se non sottoposti con regolarità ad adeguata manutenzione.

Le conseguenze di una cattiva manutenzione delle apparecchiature di condizionamento ed in particolare delle canalizzazioni dell'aria sull'IAQ, in molti casi, possono essere gravi. Spesso si è riscontrata l'esistenza di agenti patogeni diffusi negli ambienti condizionati proprio attraverso le reti di distribuzione, con gravi rischi per la salute ed il benessere degli occupanti l'edificio.
Trascurare la manutenzione dei filtri comunemente utilizzati negli impianti di climatizzazione provoca un notevole accumulo di polveri e scorie che viene direttamente messo in circolazione attraverso le canalizzazioni di distribuzione dell'aria. Oltre a serie implicazioni igienico-sanitarie, ciò può determinare maggiori costi di funzionamento (a causa di un aumento della resistenza incontrata dall'aria, di una più bassa efficienza delle batterie di scambio termico) ed un incremento dei rischi di incendio e corrosione.
E' frequente il caso in cui i problemi di manutenzione derivino da errori progettuali e diviene dunque molto problematico, se non addirittura impossibile, intervenire sui sistemi aeraulici già installati. Per questi motivi, ai fini di una buona manutenzione, occorre progettare, costruire ed installare i sistemi aeraulici tenendo sempre presenti le esigenze manutentive.

Per quanto attiene agli ambienti di lavoro, si sottolinea che in base al D.Lvo 626/94 il datore di lavoro deve provvedere affinché i lavoratori dispongano di aria salubre e gli impianti vengano sottoposti a regolare pulizia e manutenzione tecnica, onde assicurare negli ambienti condizioni igieniche adeguate.
E' opportuno sottolineare, inoltre, che la progettazione, la installazione, la manutenzione ed il collaudo degli impianti devono rispettare quanto previsto dalle disposizioni legislative e regolamentari vigenti in materia di sicurezza (Legge 5 marzo 1990, n. 46 e successive) e di risparmio energetico, come pure le norme tecniche di sicurezza dell'Ente Italiano di Unificazione (UNI) e del Comitato Elettrotecnico Italiano (CEI). I soggetti abilitati rilasciano al committente idonea dichiarazione della messa in opera secondo le regole dell'arte e di conformità degli impianti alla normativa vigente.

---

5 WHO, "The Right to Healthy Indoor Air", World Health Organization Publication, Geneva, (2000)

Definizioni

ASSICURAZIONE DELLA MANUTENZIONE, grado di fiducia attribuito ad una organizzazione riguardo alla sua capacità di adempiere le azioni di manutenzione pianificate

ASSUNTORE, chi assume l'obbligo di eseguirlo

AVARIA, mancata operatività in conseguenza di un guasto

BENE, sinonimo di entità

CICLO DI LAVORO, successione logica e temporale delle operazioni di manutenzione

COMMITTENTE, chi appalta il servizio

CONDIZIONI STABILITE, condizioni alle quali le funzioni vengono eseguite

CONDUTTORE, l'ente preposto al controllo della normale attività dell'entità secondo gli scopi prestabiliti

CONTRATTO DI MANUTENZIONE, APPALTO, atto stipulato per la realizzazione del servizio di manutenzione

CONTROLLO DELLA MANUTENZIONE, verifica delle attività messe in atto per adempiere ai requisiti di manutenzione di un'entità

DISINFEZIONE, procedura atta ad eliminare o distruggere i microrganismi patogeni, ma non necessariamente tutte le forme microbiche, su oggetti inanimati, mediante l'applicazione di idonei agenti fisici o chimici.

ENTITA', il soggetto specifico a cui la manutenzione è destinata: le parti o l'insieme dell'impianto, sistema o dispositivo, nella totalità o nei suoi componenti, di natura funzionale o intellettuale, che può essere identificato come un'unità a se stante

Scheda di macchina, descrizione dell'entità, sue funzioni, caratteristiche tecniche, ecc.

Diario di macchina, descrizione della manutenzione richiesta dalle funzioni descritte nella scheda

FUNZIONI; operazioni routinarie allo svolgimento delle quali l'entità (o bene) è preposta

GUASTO, cessazione improvvisa dell'operatività dell'entità o di una qualsiasi delle sue funzioni o parti

Rapporto di guasto, descrizione dello stesso e indicazione dei provvedimenti adottati

INTERVENTO TAMPONE, operazione provvisoria effettuata o da effettuarsi in vista di una successiva operazione definitiva

ISPEZIONE, insieme delle azioni svolte per valutare lo stato attuale dell'entità

LIVELLO DI MANUTENZIONE, grado dell'intervento (o intervento assolto) rispetto alla serie consecutiva che viene ritenuta totale

MANUTENZIONE PREVENTIVA, manutenzione programmata da eseguirsi con lo scopo di prevenzione di possibili guasti o deterioramento dell'entità

ciclica, è quella preventiva attuata sulla base di cicli determinati

predittiva, effettuata in base a rilevazioni che portano alla predizione di un futuro guasto

secondo condizione, da effettuarsi al raggiungimento di determinate condizioni di deterioramento dell'entità

migliorativa, interventi compiuti in sede di manutenzione programmata atti a migliorare le condizioni operative dell'entità senza variarne funzioni o valore

produttiva, azioni di manutenzione (programmata, preventiva) trasferite e affidate al conduttore in base a rilevazioni diagnostiche nell'intento di migliorare l'operatività dell'entità

autonoma, eseguita direttamente dal conduttore

MANUTENZIONE CORRETTIVA o "A GUASTO", manutenzione non programmata, effettuata in seguito a malfunzionamento contingente di un'entità

MANUTENZIONE, azioni atte a mantenere o riportare un'entità allo stato adeguato all'esecuzione delle funzioni richieste

PROGRAMMAZIONE TEMPORALE, SCHEDULAZIONE, assegnazione dei compiti nel tempo

PULIZIA, rimozione dello sporco da oggetti e superfici contaminate ottenuta con acqua, azione meccanica e/o sostanze chimiche detergenti. La pulizia è parte integrante del processo di sanificazione, riducendo tutti i tipi di microrganismi ed il materiale organico e deve sempre precedere qualsiasi intervento di disinfezione, disinfestazione e sterilizzazione

PUNTI CRITICI, elementi dell'entità cui è attribuito il massimo rischio

RIPARAZIONE, intervento per riportare l'entità a condizioni stabilite di operatività

SANIFICAZIONE, processo atto a rendere igienicamente sano l'ambiente e le attrezzature. Consiste di fasi distinte, ma non affatto indipendenti tra loro: pulizia, disinfezione, sterilizzazione, disinfestazione

SISTEMA DI MANUTENZIONE, politica definita o intrapresa per l'attuazione operativa della manutenzione

STERILIZZAZIONE, processo fisico o chimico finalizzato alla distruzione stocastica di ogni forma microbica vivente, in forma sia vegetativa che sporale. Secondo la norma UNI EN 556, il livello di sicurezza di sterilità (SAL) corrisponde alla probabilità teorica ≤ 1 su 1 milione (SAL ≤ 10^{-6}) di rilevare un microrganismo sopravvivente all'interno di un lotto di sterilizzazione.

SUPERVISORE, persona del committente che sorveglia l'esecuzione dei lavori

TEMPO, estensione temporale di una azione

di preparazione, tra il concepimento e l'inizio dell'attuazione dell'operazione

di disponibilità, durante il quale l'entità è in riposo e quindi utilizzabile per gli interventi *di indisponibilità*,

di attivazione dell'intervento, intercorrente tra la rilevazione del guasto e l'inizio dell'intervento di manutenzione

di rimessa in servizio, intercorrente tra la fine delle operazioni di manutenzione e l'effettivo ritorno dell'entità alla sua normale operatività.

1. PIANIFICAZIONE DELLA MANUTENZIONE

1.1 Scopo della manutenzione

La Norma UNI 9910 (Terminologia sulla fidatezza e sulla qualità del servizio) definisce la manutenzione come "la combinazione di tutte le azioni, tecniche e amministrative, incluse le azioni di supervisione, volte a mantenere o a riportare un'entità in uno stato in cui possa eseguire la funzione richiesta".

Si ispira a questa definizione anche la Legge 109/1994, precisando che l'opera deve essere mantenuta o riportata nelle condizioni di svolgere la funzione "prevista dal provvedimento di approvazione del progetto".

Quale sia, quindi, lo scopo dell'attività di manutenzione sembra perfettamente definito già a livello normativo.

La manutenzione ha come scopo e finalità quella di garantire la "disponibilità" dell'impianto o apparecchiatura; queste entità, cioè devono essere messe in grado di svolgere la funzione richiesta, alle condizioni stabilite, durante un certo intervallo di tempo. La disponibilità dipende poi fondamentalmente a sua volta dalla manutenibilità, affidabilità e logistica della manutenzione, mentre i mezzi esterni necessari (eccezion fatta per la logistica) non la influenzano.

Per avere una buona disponibilità, bisogna che il Tempo Operativo Medio tra guasti (in inglese MTBF – mean time between failures) sia il massimo possibile in rapporto al tempo medio necessario per le riparazioni (Mean repair time, MRT).

Inoltre l'attività di manutenzione deve essere auspicabilmente e, in alcuni casi necessariamente, associata alla raccolta delle informazioni e dei dati che permettono di verificare e tenere sotto controllo come l'impianto si comporta nel tempo della sua vita utile, in modo da prevedere allungamenti o accorciamenti dell'MTBF.

Lo scopo della manutenzione è pertanto quello di: ridurre la velocità con la quale il bene si deteriora; prolungarne la vita operativa; raccogliere informazioni su difetti o cause di deterioramento per eliminarli o prevenirli.

Fino a che punto valga la pena di mantenere un bene piuttosto che sostituirlo, è oggetto di considerazioni specialistiche che coinvolgono il suo "costo del ciclo di vita". Poiché lo scopo della manutenzione è conservare o riportare una entità ad una condizione di lavoro accettabile, molta attenzione dovrà essere data alla definizione di "condizione accettabile" per un dato sistema. Infatti gli oggetti soffrono necessariamente di un progressivo deterioramento delle loro caratteristiche durante la loro vita operativa.

Ad un certo punto, questo conduce ad una "avaria", cioè ad una deviazione dai requisiti specificati che necessita di essere corretta perché si rientri nei limiti dell'accettabilità.

Una avaria non corretta può condurre ad un "guasto", cioè alla cessazione della funzione. Vale l'osservazione che, mentre ogni guasto è un'avaria, non vale il viceversa. Il guasto rappresenta un evento, mentre l'avaria è uno stato.

La manutenzione ha a che fare sia con le avarie che con i guasti: in un caso è una manutenzione preventiva; nel secondo caso, è una manutenzione correttiva.
Il limite tra i due tipi è chiaro, ed è il "limite di accettabilità" di cui si diceva più sopra.

1.2 Frequenza degli interventi

Gli impianti e le apparecchiature devono essere sottoposti a frequenti controlli volti ad accertarne lo stato di funzionamento.
La periodicità viene stabilita confrontando le esigenze di disponibilità con i deterioramenti prevedibili.
Le condizioni che possono influire sulla periodicità sono molte e molto variabili; ne elenchiamo alcune non in ordine di importanza:

- le condizioni di lavoro (più o meno gravose);
- l'importanza del servizio
- le condizioni ambientali
- l'esistenza o meno di particolari priorità (a seconda dell'utenza)
- l'usura
- l'osservanza di specifiche normative
- la validità delle garanzie
- le raccomandazioni del costruttore

Nell'Appendice B, tratta dalle Linee Guida dell'AiCARR, sono riportate le periodicità consigliate per le principali operazioni di manutenzione.

1.3 Documentazione

Non si può svolgere correttamente l'attività di manutenzione degli impianti senza avere a disposizione una adeguata documentazione di impianto.
La già citata Legge 109/1994 e il suo Regolamento prescrivono quali debbano essere questi documenti nel caso di opere pubbliche, ma i concetti sono perfettamente validi per qualunque realizzazione.
La norma UNI EN 12171 fornisce la procedura per la predisposizione della documentazione per gli impianti di riscaldamento, che richiedono o non richiedono personale qualificato per la conduzione.

1.4 Scelta delle modalità d'intervento

Il Committente dovrà scegliere le modalità di effettuazione della manutenzione seguendo criteri di efficacia ed economicità di modo che le proprie esigenze siano soddisfatte.
In genere le operazioni di manutenzione si possono dividere in due gruppi: manutenzione correttiva e manutenzione preventiva.

1.5 Manutenzione correttiva

Secondo UNI 9910, si tratta di manutenzione che viene effettuata quando si riscontra un'avaria. L'intervento conseguente serve a riportare l'entità nello stato in cui può eseguire la funzione richiesta.
In questo modo il Committente accetta la possibilità che avvengano rotture, danneggiamenti, interferenze con le funzioni che sono svolte dagli impianti in causa.
Tale modalità è applicata in genere solo a piccoli impianti di modesta importanza oppure è una delle possibilità di intervento prevista all'interno di un più complesso contratto di manutenzione, che prevede anche e soprattutto la manutenzione preventiva.

Il costo della manutenzione correttiva è quasi sempre superiore a quello di un intervento preventivo, dovendosi aggiungere al costo dell'intervento stesso quello dovuto all'indisponibilità dell'impianto.

2.2.5 Manutenzione preventiva

E' stato mostrato dall'esperienza che "revisioni periodiche", consistenti nella sostituzione o riparazione di componenti o apparecchiature quando si ritiene che abbiano esaurito la loro vita utile (ma non si siano guastati), sono in genere costose senza portare benefici particolari.
Una manutenzione efficace sarà quindi rivolta ad eliminare o prevenire le avarie.
Seguendo la prassi internazionale, le attività di manutenzione svolte periodicamente vengono chiamate "manutenzione preventiva".
Se si escludono dalla manutenzione preventiva le revisioni periodiche vere e proprie, le attività che le caratterizzano sono : ispezione e servizi.
L'attività di ispezione raccoglie informazioni sulle possibili avarie e sul deterioramento del bene, controllando la condizione dei componenti o il loro funzionamento.
L'attività di servizio consiste in tutto quanto serve a ridurre il deterioramento e prolungare la vita del componente: pulizia, lubrificazione ecc.
Un caso particolare di manutenzione preventiva è la manutenzione secondo condizione. E' quella in cui si constata che la sostituzione preventiva di un elemento nuovo identico non migliora o addirittura peggiora il tasso di guasto (per esempio quando ci sono elementi con "difetti di gioventù" o la cui sostituzione introduce in un sistema una ulteriore possibilità di avaria).
In questo caso la manutenzione preventiva è subordinata al palesarsi di un tipo di avvenimento predeterminato, che diventa la spia della necessità di manutenzione (per esempio: usura, consumo di lubrificante, rilevazione di un sensore ecc.)

2 REQUISITI IGIENICI PER LE OPERAZIONI DI MANUTENZIONE DEGLI IMPIANTI DI CLIMATIZZAZIONE

2.1 Generalità

I sistemi di condizionamento dell'aria e di ventilazione devono essere progettati, costruiti ed istallati in modo tale da consentire la pulizia di tutte le superfici interne e di tutti i componenti, in conformità alle disposizione della ENV 12097[6]. Ciò costituisce premessa indispensabile affinché tali sistemi possano funzionare ed essere mantenuti in modo tale che i requisiti igienici siano permanentemente rispettati. A questo proposito devono essere effettuate ispezioni tecniche e manutentive regolari insieme a frequenti controlli igienici da parte di personale specializzato, all'uopo incaricato. Si raccomanda di prevedere l'istituzione di un Registro per la documentazione degli interventi di manutenzione, ordinari e straordinari, sugli impianti idrici e di climatizzazione.

Il primo controllo deve avvenire contestualmente all'attivazione dell'impianto al fine di accertare che lo stesso sia stato posto in opera pulito e, se necessario, sanificato (assenza di detriti e polvere di cantiere, ecc.)[7]

I sistemi impiantistici devono essere controllati regolarmente e devono essere puliti, se necessario, da personale qualificato; un sistema può essere mantenuto pulito solo quando tutte le superfici del sistema (in particolare dei condotti d'aria) non presentano accumuli di particolato ritenuti non accettabili[8].

I filtri devono essere ispezionati regolarmente e, se vi e' una evidente contaminazione devono essere rimpiazzati, senza considerare la loro vita utile.

La salvaguardia delle condizioni igieniche, per i sistemi impiantistici che utilizzano l'acqua, deve essere effettuata mediante regolari controlli e procedure di sanificazione, inclusa l'eventuale sterilizzazione dei componenti. La carica totale batterica (Metodo EN/ISO 6222) nell'acqua delle sezioni di umidificazione non deve superare 1.000 CFU/ml (10^6 CFU/L).

Il campionamento dell'acqua per la ricerca di Legionella, deve essere effettuato in un numero di siti che sia rappresentativo dell'impianto.

La qualità dell'acqua spruzzata nelle sezioni di umidificazione deve essere periodicamente controllata, l'incremento della carica batterica deve essere prevenuto mediante periodica pulizia dei sistemi oppure, se necessario, mediante sanificazione.

---

[6] ENV 12097 "Rete delle condotte. Requisiti relativi ai componenti atti a facilitare la manutenzione delle reti delle condotte", 1999

[7] Il limite ammissibile per il particolato depositato nei condotti d'aria considerati puliti, privi di rivestimento interno, è 0,75 mg/100 cmq ("NADCA vacuum test"); le procedure per la prova, almeno per quanto riguarda le condotte non coibentate, sono quelle per aspirazione, secondo la metodologia descritta in NADCA – National Air Duct Cleaners Association (1996) "Mechanical Cleaning of HVAC Systems – Specifications – Developed for Architects, Consultig Engineers, Facility Managers" Section 15891,2/96, Washington, DC e successivi aggiornamenti ed in particolare nel documento, ACR 2006 "Assessment, cleaning and restoration of HVAC systems".

[8] Il limite per la contaminazione ammissibile nei condotti d'aria è 1 g/m^2.

La sanificazione dell'impianto (intesa come pulizia, disinfezione o sterilizzazione, se necessaria) deve essere effettuata usando metodi fisici o chimici, con periodicità regolare. La sanificazione chimica può essere effettuata solo utilizzando materiali biocidi la cui efficacia e assenza di tossicità siano state accertate. Dopo la sanificazione, tutte le componenti dell'impianto devono essere ispezionate per assicurare che non sia incorso nessun danno all'impianto, e che le procedure di sanificazione siano state efficaci. Al termine della sanificazione deve essere assicurata l'eliminazione dall'impianto di ogni residuo (in particolare fluido) di materiali biocidi impiegati.

Le ispezioni devono prevedere controlli tecnici e test in accordo con la normativa vigente.
Le ispezioni periodiche devono includere le seguenti operazioni:

- Visita di ispezione dell'unità centrale di trattamento dell'aria e degli ambienti da questa serviti per rilevare eventuali danneggiamenti, da effettuarsi insieme al responsabile della sicurezza e a un rappresentante del personale
- Registrazione dei parametri microclimatici (temperatura, umidità, velocità dell'aria) in punti significativi del sistema di condizionamento dell'aria e degli ambienti serviti.
- Ispezione delle condizioni igieniche inclusi specifici test su filtri, umidificatori e batterie di scambio termico.
- Controllo del conteggio batterico totale e, se ritenuto necessario, controllo della carica di Legionella.
- Rapporto scritto sui risultati dell'ispezione insieme alle eventuali raccomandazioni richieste per le misure igieniche necessarie.

Le ispezioni igieniche dei sistemi di condizionamento dell'aria devono essere effettuate da personale tecnico competente nel settore:

- ogni anno nel caso di sistemi con umidificatori ad acqua
- ogni due anni nel caso di sistemi con umidificatori a vapore
- ogni tre anni per sistemi senza umidificatori d'aria.

2.2 Operazioni sui componenti

Le operazioni e le manutenzioni devono essere eseguite in accordo con le istruzioni fornite a tal scopo dal progettista dell'impianto e dai costruttori delle apparecchiature e dei componenti.
La manutenzione igienica dei sistemi impiantistici è descritta dalle operazioni individuate nel presente paragrafo 2 e anche riassunte in allegato che specifica anche le periodicità. La tipologia del personale coinvolto nelle attività di manutenzione è riportata nel paragrafo 3.
Le apparecchiature e i componenti devono essere lasciati adeguatamente puliti dopo ogni intervento su di essi, prima che il sistema venga rimesso in servizio. Dopo la procedura di sanificazione, prima di riavviare il sistema, occorre sincerarsi che nessuna sostanza tossica e/o nociva, biologicamente pericolosa o emanante odori possa essere introdotta nell'aria da inviare negli ambienti.

L'avvenuto controllo igienico e l'esecuzione della corretta sanificazione sul sistema impiantistico devono essere riportati su apposito registro facente parte di una documentazione predisposta per la certificazione. Tale documentazione è custodita dal responsabile della sicurezza.

2.2.1 Unità centrali di trattamento aria

I locali dove sono installate le unità e gli alloggiamenti delle apparecchiature devono essere puliti e sanificati a fondo prima dell'avvio iniziale. Le procedure di sanificazione consistono in una pulizia per aspirazione e, se necessario, nella disinfezione dei locali. Durante le successive operazioni, si devono eseguire regolari ispezioni per verificare la presenza di materiale contaminante, e quindi all'occorrenza bisogna provvedere alla relativa opera di sanificazione. Qualora si utilizzino metodi chimici per la pulizia o la disinfezione, deve essere assicurata al termine l'eliminazione dall'ambiente di ogni residuo del materiale impiegato (in particolare se fluido).

2.2.2 Filtri per l'aria

I filtri per l'aria devono mantenere la loro corretta efficienza per tutta la durata del loro servizio. Per assicurarne la funzionalità, i filtri devono essere ispezionati a intervalli regolari. Durante tali ispezioni devono essere verificati e registrati separatamente per ciascun filtro i seguenti parametri:

- Differenza di pressione a monte e a valle del filtro
- Tempo di esercizio
- Stato dei filtri (controllo delle perdite di materiale filtrante e della mancanza di tenuta del filtro[5])
- Corrispondenza del valore di efficienza previsto in progetto

I filtri per l'aria devono essere sostituiti se c'è una evidente contaminazione o se vi è una perdita; la contaminazione può essere accertata anche mediante prelievo di campioni dell'aria trasportata immediatamente a valle del filtro. Quando si raggiunge la differenza di pressione finale ammissibile, o se la funzionalità è inadeguata dal punto di vista tecnico o igienico, i filtri devono essere cambiati. Si raccomanda di evitare il lavaggio dei filtri. Inoltre, è necessario cambiarli dopo eventuali lavori di installazione o di modifica del sistema di climatizzazione che possano aver determinato una perdita di efficienza. Un cambio anticipato, o intervalli di sostituzione più brevi, sono necessari quando ciò è richiesto a seguito di una ispezione. La sostituzione di un elemento individuale di un pacco di filtri deve avvenire solo quando un singolo elemento è danneggiato, e solo nel caso in cui tale pacco non sia stato sostituito da più di sei mesi.

Montando nuovi filtri, occorre che sia assicurata la tenuta all'aria nella struttura portante. Le tasche dei filtri a tasca non devono essere bloccate o danneggiate. Tutte le tasche dei filtri devono essere libere di allinearsi nel verso del flusso dell'aria.

---

[5] Per tenuta del filtro si intende l'aderenza del mezzo filtrante al contenitore in cui è alloggiato, in grado di evitare trafilamenti di aria.

Durante la sostituzione dei filtri per l'aria si deve evitare la contaminazione a valle della sezione filtrante e negli ambienti da condizionare. Si raccomanda di fare in modo che i nuovi filtri da montare non siano contaminati dalla polvere dei vecchi filtri.
I filtri devono essere stoccati in camere senza polvere e in modo tale che non si verifichino danneggiamenti durante lo stoccaggio. I filtri non devono essere utilizzati oltre il termine massimo di durata stabilito dal costruttore.

2.2.3 Umidificatori d'aria

Bisogna fare in modo che l'acqua non possa precipitare o condensare a valle della sezione di umidificazione, soprattutto nelle condizioni critiche di portata d'aria variabile.
Tutte le parti a contatto con l'acqua devono essere regolarmente ispezionate, pulite con detergente e se necessario disinfettate.
Fermo restando gli adempimenti previsti dal titolo VIII del decreto legislativo 626/94 e successive modificazioni e integrazioni, si raccomanda di ispezionare regolarmente e mantenere in ordine gli apparecchi per misurare e controllare l'umidità, per garantirne la funzionalità in servizio.
In caso di umidificazione adiabatica la qualità dell'acqua deve essere mantenuta sotto controllo.
L'acqua di alimentazione deve essere almeno in grado di limitare la deposizione di calcare sulle superfici e pertanto va sottoposta a trattamento anticalcare.
Si può prevenire un incremento nella contaminazione batterica con una regolare pulizia o sanificazione degli umidificatori, e con un'idonea procedura di disinfezione dell'acqua.
La contaminazione batterica totale dell'acqua circolante non deve eccedere il valore di 1.000 CFU/ml (10^6 CFU/L).

L'umidificatore deve arrestarsi automaticamente non appena il sistema di condizionamento dell'aria viene arrestato o si blocca.
Un sistema di controllo dell'arresto deve assicurare che la camera dell'umidificatore sia resa asciutta (prima dell'arresto).
Il test di funzionalità del sistema di controllo dell'arresto deve essere eseguito periodicamente e se necessario bisogna provvedere alle necessarie riparazioni.
Durante i periodi in cui non c'è richiesta di umidificazione dell'aria, le tubazioni dell'acqua devono essere svuotate e asciugate.
In allegato (Appendice B) sono indicati tipo e periodicità di ispezioni, pulizie e sanificazioni degli umidificatori.

Si elencano ulteriori raccomandazioni da considerare:

- Controllare i depositi di calcare negli ugelli atomizzatori con eventuale loro sostituzione
- Controllare la formazione di precipitati sul fondo con eventuale pulizia.
- Controllare la formazione di incrostazioni visibili sul *separatore di gocce* con eventuale pulizia.
- Verificare lo stato ed il funzionamento della pompa di circolazione.

- Verificare lo stato ed il funzionamento del sistema di trattamento dell'acqua.

Gli umidificatori d'aria a vapore devono funzionare in modo tale che nessuna condensa possa penetrare nel sistema dei condotti d'aria.
Utilizzare la checklist (Allegato B) per le ispezioni, le pulizie e le disinfezioni da attuare periodicamente.
Ulteriori misure riguardano il:

- Controllo delle condizioni di esercizio della camera di umidificazione
- Controllo della precipitazione dell'acqua nella camera dell'umidificatore (in inverno). Se c'è presenza di acqua, pulire la camera
- Controllo del drenaggio
- Test di funzionalità della valvola di controllo

2.2.4 Batterie di scambio termico

Le batterie di scambio termico e i loro accessori devono essere periodicamente ispezionate per verificare eventuali contaminazioni, corrosioni o danneggiamenti, così come deve essere periodicamente ispezionata la tenuta della parete di separazione fra i due fluidi termovettori. In presenza anche di lieve quantità di contaminazioni, procedere alla pulizia.
Le perdite nella parete di separazione tra i fluidi devono essere immediatamente eliminate.
Se l'aspirazione o il soffiaggio in situ non sono sufficienti, le batterie devono essere estratte e pulite usando una pulitrice ad alta pressione. Se lo spazio permette la pulizia in situ, porre attenzione che la polvere o l'umidità rimossa non sia introdotta nei componenti del sistema che si trovano a valle.
Si raccomanda, durante ogni ispezione, di porre particolare attenzione alle superfici alettate ed, in particolare, alle bacinelle di raccolta della condensa che costituiscono i luoghi dove maggiormente proliferano microrganismi e muffe. Risulta pertanto necessario installare bacinelle inclinate in modo da evitare ristagni, e realizzarle con materiali anticorrosivi per agevolarne la pulizia.

.2.2.6 Ventilatori

I ventilatori e i motori devono essere periodicamente ispezionati, gli eventuali danneggiamenti prontamente riparati.
Se si deve eseguire una pulizia ad umido, il liquido che si produce può essere scaricato attraverso il drenaggio dell'acqua posto nel punto più basso dell'alloggiamento dei ventilatori.
La funzionalità di tale drenaggio deve essere controllata durante le ispezioni annuali.

2.2.6 Recuperatori di calore

Le raccomandazioni relative alle batterie di scambio termico si applicano anche ai recuperatori di calore.

2.2.7 Condotte d'aria e silenziatori

Le condotte d'aria devono essere periodicamente ispezionate sia sul lato esterno sia sul lato interno, nei punti di ispezione definiti dal progettista e/o nei punti suggeriti dalla ENV 12097 in corrispondenza dei vari componenti (silenziatori, serrande di regolazione, serrande tagliafuoco, ecc.); le ispezioni suddette devono essere comunque non inferiori a due per tratti di lunghezza fino a 60 m, o essere stabilite in funzione del sistema di pulizia che si intende adottare (se già definito in sede di progetto).

Le condutture flessibili devono essere sostituite se sono diventate sede di depositi di materiale contaminante. Anche i silenziatori devono essere controllati periodicamente e ogni danneggiamento immediatamente riparato.

2.2.8 Prese d'aria esterna e griglie di espulsione

La periodicità degli interventi deve essere correlata all'inquinamento esterno ed effettuata con cadenze non superiori a quanto riportato nelle schede. Se necessario se ne deve eseguire la pulizia o la riparazione.

Le griglie devono essere controllate, sanificate o sostituite, se necessario.

Deve essere effettuato un controllo a campione per verificare l'assenza di abrasioni.

Bisogna operare in modo che la funzionalità operativa non venga compromessa dalle ispezioni e dalle pulizie.

Le prese d'aria e le griglie di espulsione spesso mostrano depositi solidi sulla loro superficie visibile dopo lungo funzionamento. Tali superfici devono essere pulite periodicamente.

2.2.9 Torri di raffreddamento

L'operatività della torre di raffreddamento deve essere sospesa durante la manutenzione e la pulizia.

Il personale addetto alla manutenzione deve indossare, in ogni operazione, maschere respiratorie di protezione, usando soprattutto apparecchi per la pulizia ad aria compressa e attenersi a tutte le altre prescrizioni fissate dal responsabile della sicurezza, ai sensi del Decreto Legislativo n. 626/94.

Si raccomanda di redigere un calendario per la manutenzione e la pulizia, facendo riferimento alla checklist in allegato B.

Gli intervalli di pulizia devono dipendere dalle condizioni climatiche e di inquinamento locale.

La pulizia e il drenaggio del sistema devono essere effettuati:

- prima dell'avvio iniziale
- alla fine della stagione fredda o prima di fermate superiori ad un mese
- all'inizio della stagione fredda o dopo una fermata superiore ad un mese.
- almeno due volte all'anno

Si raccomanda di eseguire analisi microbiologiche periodiche dell'acqua relative alla carica batterica totale. Tale periodicità può dipendere dalle condizioni di qualità iniziali dell'acqua destinata all'utilizzo nelle torri di raffreddamento e comunque non dovrebbe essere inferiore ad almeno quattro volte l'anno.

2.2.10 Apparecchi terminali

Gli apparecchi devono essere messi in esercizio solo in locali puliti. Due o tre mesi dopo l'avvio, a pulizia completa dell'edificio avvenuta e a seguito dell'accettazione e del collaudo, i filtri per la polvere devono essere rimossi e rimpiazzati. La pulizia e la operatività funzionale devono essere controllati contemporaneamente.
I requisiti igienici caratteristici dei componenti degli apparecchi terminali devono corrispondere almeno a quelli dei componenti dell'unità centrale di trattamento aria.

Si raccomanda di verificare che nelle vicinanze delle apparecchiature, particolarmente delle prese d'aria, non ci siano oggetti come arredi, piante, e simili che possano interferire con la loro corretta funzionalità, causando problemi igienici.
Nel caso di apparecchi senza filtri per l'aria di ricircolo, le batterie di scambio termico devono essere regolarmente controllate e periodicamente pulite.
Se sono montati dei filtri, essi devono essere regolarmente controllati e sottoposti a manutenzione e sostituiti se necessario. Il ciclo di vita per i filtri sull'aria esterna è più breve di quello dei filtri sull'aria di ricircolo. Notevole presenza di pubblico, ambienti pieni di polvere o bassi rendimenti di filtrazione aumentano la necessità di pulire le batterie di scambio termico e di sostituire i filtri.

3. QUALIFICAZIONE E FORMAZIONE DEL PERSONALE

Generalità

La completa osservanza dei requisiti igienici e una buona gestione delle condizioni di funzionamento e di manutenzione previste, richiedono personale qualificato. Gli interventi operativi di manutenzione ma anche le ispezioni e le eventuali riparazioni devono essere effettuate da personale specializzato che abbia una completa e appropriata formazione o che abbia una equivalente esperienza tecnica adeguata alla specializzazione richiesta. Semplici compiti operativi come controlli, pulizia e alcune operazioni di manutenzione (ad esempio, sostituzione dei filtri per l'aria) possono essere effettuati da personale all'uopo formato. Tale personale deve avere completa familiarità con le caratteristiche e le funzioni dei sistemi di ventilazione e di condizionamento d'aria e dei loro componenti.

Una formazione supplementare, sia teorica che pratica, relativa agli aspetti igienico-sanitari di base, è necessaria indipendentemente dal tipo di qualifica del personale.

Il responsabile della manutenzione deve essere in grado di provare la formazione del personale operativo. In caso di convenzione o contratto con una società specializzata il responsabile della società deve garantire che il sistema sia fatto funzionare e sia "manutenuto" correttamente.

Il personale delle ASL o di altre istituzioni pubbliche con compiti di vigilanza e controllo deve avere una formazione adeguata almeno pari a quella prevista per la categoria A.

Le Regioni e le Province autonome provvedono all'individuazione degli organi, delle strutture competenti e dei soggetti responsabili delle ispezioni e dei controlli.

Categoria B: formazione per operazioni semplici

Il personale che effettui semplici operazioni di igiene e ispezione sul sistema di condizionamento dell'aria deve dimostrare la conoscenza dei seguenti punti:

- necessità e importanza dell'igiene nel funzionamento dei sistemi di condizionamento dell'aria.
- problemi igienici di ogni *apparecchiature* di ventilazione nei sistemi di condizionamento dell'aria.
- manutenzione dei sistemi di condizionamento dell'aria, e influenza delle diverse variabili sulla definizione degli intervalli manutentivi.
- procedure di misura semplici per monitorare il sistema di condizionamento dell'aria
- procedure per le sostanze pericolose per l'ambiente, incluso lo smaltimento
- misure di protezione del personale, riguardo all'igiene, *durante l*'esercizio e *la* manutenzione
- prescrizioni rilevanti (in particolare regolamentazione della prevenzione degli incidenti) e standard tecnici
- metodologie di impiego degli agenti chimici per la pulizia e la disinfezione

Categoria A: formazione dei responsabili dell'igiene

Per avere la responsabilità di incarichi di responsabilità circa il controllo dell'igiene e le ispezioni sui sistemi impiantistici, il personale deve dimostrare una conoscenza supplementare nel campo specifico. In aggiunta ai requisiti della categoria B si richiedono:

- principi base d'igiene
- l'importanza dell'igiene nei differenti processi di trattamento dell'aria
- procedure di misura fisiche e chimiche e metodi di analisi biologiche o microbiologiche o tossicologiche
- elementi di conoscenza sulle principali disposizioni esistenti in materia
- problemi della sindrome dell'edificio malato (SBS); sintomi e possibili cause
- regolamenti igienici e regolamenti tecnici *riguardanti* il funzionamento dei sistemi impiantistici.

Le analisi igienico-microbiologiche che vanno oltre le analisi di routine devono essere effettuate da un istituto d'igiene, da laboratori pubblici qualificati o da personale o da enti di pari qualificazione.

4. ESERCIZIO DEI SISTEMI DI VENTILAZIONE E DI CONDIZIONAMENTO DELL'ARIA

L'esercizio dei sistemi di condizionamento dell'aria riguarda principalmente i seguenti punti: avviamento, funzionamento, arresto, monitoraggio e correzione dei difetti. Il personale deve curare che il sistema lavori correttamente, osservi adeguate norme igieniche e che funzioni in condizioni di risparmio energetico.
La qualifica richiesta agli operatori è in relazione alla dimensione e alla complessità tecnica del sistema così come al suo utilizzo. Sistemi di condizionamento dell'aria semplici (per esempio quelli con solo la funzione di trattamento dell'aria) può essere gestito con personale preparato, anche senza speciali corsi di formazione. Sistemi di condizionamento dell'aria più sofisticati devono essere fatti funzionare da personale tecnico. In ogni caso, è necessario una formazione di categoria B.

4.1 Manutenzione

La manutenzione può essere effettuata solo da personale che sia stato istruito e formato a questo scopo. Il personale addetto deve osservare durante tutte le operazioni di manutenzione le opportune precauzioni previste dal responsabile della sicurezza e dalle Linee guida per la prevenzione ed il controllo della legionellosi.
Un prerequisito per effettuare la manutenzione nei sistemi di condizionamento dell'aria è che coloro cui sono affidati questi compiti abbiano almeno una formazione lavorativa completa nel settore elettrico o meccanico e siano in grado di dimostrare un'esperienza pratica nell'impiantistica. Ad esempio, devono avere acquisito conoscenze nel campo della istallazione di impianti, delle misure e delle regolazioni automatiche. I tecnici di questo tipo sono frequentemente considerati come installatori meccanici. Il lavoro nella manutenzione sugli impianti di condizionamento dell'aria richiede inoltre una formazione almeno di categoria B.
Per controlli e incarichi semplici come cambiare i filtri per l'aria si può utilizzare personale anche senza una specifica formazione lavorativa, ma che abbia una formazione supplementare di categoria B.

4.2 Ispezioni

Le ispezioni richiedono una particolare esperienza di lavoro o qualificazione tecnica (in certi casi di livello ingegneristico) nel campo dell'ingegneria impiantistica con formazione al livello della categoria A. Inoltre sono necessari diversi anni di esperienza nella pianificazione, progettazione, costruzione e avviamento dei sistemi, insieme a una ampia conoscenza delle

tecniche di misura, con particolare riguardo alle ispezioni e alla valutazione dello stato dei sistemi impiantistici. Inoltre è necessaria la conoscenza dei regolamenti e degli standard tecnici. Analisi igieniche e microbiologiche devono essere effettuate da istituti d'igiene o personale specializzato.

Ispezioni regolari devono essere effettuate congiuntamente alla manutenzione e alla pulizia del sistema di condizionamento dell'aria da personale tecnico che utilizzi tecniche di misura in accordo con lo stato dell'arte. Queste ispezioni richiedono una formazione di categoria A.

4.3 Riparazioni

I lavori di riparazione richiedono almeno la stessa qualifica di quelli di manutenzione.

APPENDICE A

Elenco non esaustivo delle principali norme tecniche di riferimento per la progettazione, installazione, esercizio e manutenzione degli impianti

D.P.R. n.412/93 e s.m.i.	Regolamento recante norme per la progettazione, l'installazione, l'esercizio e la manutenzione degli impianti termici degli edifici ai fini del contenimento dei consumi di energia, in attuazione dell'art. 4, comma 4, della legge 9 gennaio 1991, n. 10 .
L.46/90 e s.m.i.	Norme per la sicurezza degli impianti.
UNI 9571/90	Impianti di ricezione e prima riduzione del gas naturale. Conduzione e manutenzione.
UNI 8199/91	Misura in opera e valutazione del rumore prodotto negli ambienti dagli impianti di riscaldamento, condizionamento e ventilazione
UNI 9994/92	Apparecchiature per estinzione incendi. Estintori di incendio. Manutenzione.
UNI 10144/92	Classificazione dei servizi di manutenzione.
UNI 10224/93	Manutenzione. Principi fondamentali della funzione manutenzione.
UNI 10366/94	Manutenzione. Criteri di progettazione della manutenzione.
UNI 10388/94	Manutenzione. Indici di manutenzione.
UNI 10144/A1/95	Classificazione dei servizi di manutenzione.
UNI 10339/95	Impianti aeraulici a fini di benessere. Generalità, classificazione e requisiti. Regole per la richiesta d'offerta, l'offerta, l'ordine e la fornitura
UNI 10435/95	Impianti di combustione alimentati a gas con bruciatori ad aria soffiata di portata termica nominale maggiore di 35 kW. Controllo e manutenzione.
UNI 10436/96	Caldaie a gas di portata termica nominale non maggiore di 35 kW. Controllo e manutenzione.
UNI 10381-1/96	Impianti aeraulici. Condotte: classificazione, progettazione, dimensionamento e posa in opera
UNI 10381-2/96	Impianti aeraulici. Condotte: classificazione, dimensioni e caratteristiche costruttive
UNI 10604/97	Manutenzione. Criteri di progettazione, gestione e controllo dei servizi di manutenzione di immobili.
UNI 10749-1/98	Manutenzione - Guida per la gestione dei materiali per la manutenzione - Aspetti generali e problematiche organizzative
UNI 10749-5/98	Manutenzione - Guida per la gestione dei materiali per la manutenzione - Criteri di acquisizione, controllo e collaudo.
UNI 10749-6/98	Manutenzione - Guida per la gestione dei materiali per la manutenzione - Criteri amministrativi.

UNI 7139/99	Impianti a GPL per uso domestico non alimentati da rete di distribuzione - Progettazione, installazione, esercizio e manutenzione
UNI 10831-1/99	Manutenzione dei patrimoni immobiliari - Documentazione ed informazioni di base per il servizio di manutenzione da produrre per i progetti dichiarati eseguibili ed eseguiti - Struttura, contenuti e livelli della documentazione
UNI ENV 12097/99	Ventilazione negli edifici - Rete delle condotte - Requisiti relativi ai componenti atti a facilitare la manutenzione delle reti delle condotte
UNI 10874/00	Manutenzione dei patrimoni immobiliari - Criteri di stesura dei manuali d'uso e di manutenzione.
UNI 10912/00	Dispositivi di protezione individuale - Guida per la selezione, l'uso e la manutenzione dei dispositivi di protezione individuale degli occhi e del viso per attività lavorative
UNI 7129/01	Impianti a gas per uso domestico alimentati da rete di distribuzione. Progettazione, installazione e manutenzione
UNI 10832-2/01	Manutenzione dei patrimoni immobiliari - Documentazione ed informazioni di base per il servizio di manutenzione da produrre per i progetti dichiarati eseguibili ed eseguiti - Articolazione dei contenuti della documentazione tecnica e unificazione dei tipi di elaborato
UNI 10951/01	Sistemi informativi per la gestione della manutenzione dei patrimoni immobiliari - Linee guida
UNI EN 12170/02	Impianti di riscaldamento degli edifici – Procedure per la predisposizione della documentazione per la conduzione, la manutenzione e l'esercizio – Impianti di riscaldamento che richiedono personale qualificato per la conduzione
UNI EN 12171/02	Impianti di riscaldamento degli edifici – Procedure per la predisposizione della documentazione per la conduzione, la manutenzione e l'esercizio – Impianti di riscaldamento che non richiedono personale qualificato per la conduzione
UNI ENV 13269/02	Manutenzione - Linee guida per la preparazione dei contratti di manutenzione
ASAPIA 1/92	Scelta, ordinazione e costruzione delle condotte in lamiera
ASAPIA 2/95	Classificazione, scelta e applicazione di materiali e sistemi per l'isolamento termico e acustico nelle distribuzioni aerauliche
DL 19-9-94 n.626	Attuazione di direttive CEE riguardanti il miglioramento della sicurezza e della salute dei lavoratori sul luogo di lavoro
AiCARR	Linee guida sulla manutenzione degli Impianti di Climatizzazione, Febbraio 2005
	Libro Bianco sulla Legionella, a cura di C.M. Joppolo

UNI EN 556-1:2002	Sterilizzazione dei dispositivi medici - Requisiti per i dispositivi medici che recano l'indicazione "STERILE" - Requisiti per i dispositivi medici sterilizzati terminalmente
UNI EN ISO 6222:2001	Qualità dell'acqua - Valutazione quantitativa dei microrganismi vitali - Conteggio delle colonie per inoculo su terreno agarizzato
UNI EN ISO 7730:1997	Ambienti termici moderati. Determinazione degli indici PMV e PPD e specifica delle condizioni di benessere termico. *[dal 28-02-2006, la sopraindicata norma UNI EN ISO 7730:1997 sarà sostituita dalla norma UNI EN ISO 7730:2006- Ergonomia degli ambienti termici - Determinazione analitica e interpretazione del benessere termico mediante il calcolo degli indici PMV e PPD e dei criteri di benessere termico locale]*

APPENDICE B

Elenco non esaustivo delle principali azioni

per la manutenzione degli impianti e loro periodicità

		Azioni	Misure da prendere se necessarie	1 Mese	3 mesi	6 mesi	12 mesi	24 mesi	Ispezioni igieniche
1		**Prese d'aria esterna e griglie espulsione**							
	1.1	Ispezioni (contaminazione, danneggiamenti e corrosione)	Pulizie e *riparazioni*				X		
2		**Unità centrale di trattamento dell'aria**							
	2.1	Ispezione dell'uscita dell'aria (contaminazione, danneggiamento e corrosione)	Pulizie e *riparazioni*				X		
	2.2	Ispezioni per la formazione d'acqua	Pulizia e *individuazione* della causa			X			
3		**Filtri per l'aria**							
	3.1	Ispezioni (contaminazioni, danneggiamenti, perdite)	Sostituzione dei filtri difettosi (se la sostituzione più recente dello stadio è stata entro i sei mesi) o sostituzione dell'intero stadio.		X				
	3.2	Controllo della pressione differenziale	Sostituzione dello stadio di filtrazione	X					
	3.3	Ultimo cambio dei filtri (caso di filtri non *rigenerabili*) oppure pulizia a fondo							
		Primo stadio di filtrazione					X		
		Secondo stadio di filtrazione						X	
	3.4	Controllo delle condizioni igieniche							X
4		**Umidificatori dell'aria**	Vanno ispezionati regolarmente						
4.1		**Umidificatori adiabatici**							
	4.1.1	Ispezioni (contaminazione, danneggiamenti e corrosione)	Pulizie e *riparazioni*	X					

	4.1.2	Controllo del conteggio batterico acqua di umidificazione	Se maggiore di 1000 CFU/ml, lavaggio con agenti pulenti, risciacquo e asciugatura del serbatoio; disinfezione.	Ogni 14 giorni					
	4.1.3	Ispezione *della formazione di depositi negli ugelli* degli atomizzatori	Pulizia o sostituzione *degli ugelli*	X					
	4.1.4	Ispezione *delle condizioni e del funzionamento dei sifoni*	Pulizie e *riparazioni*			X			
	4.1.5	Controllo per la formazione di *depositi sul* fondo *della vasca* di raccolta dell'umidificatore	Pulizia *della vasca* di raccolta	X					
	4.1.6	Controllo della pompa di ricircolo e del rivestimento della tubazione di ingresso	Pulizia del circuito della pompa	X					
	4.1.7	Effettuazione di un test funzionale del dispositivo di troppo pieno	Regolazione del dispositivo di troppo pieno			X			
	4.1.8	Effettuazione di un test funzionale della cella di misura della conduttività	*1.1.1.1 Riparazione*	X					
	4.1.9	Effettuazione di un test funzionale per il sistema di sterilizzazione	*.1.1.1.2 Riparazione*	X					
	4.1.10	Pulizia dell'umidificatore dell'aria se è *prevista una interruzione nell'esercizio* di più di 48 ore	Lavaggio con agenti pulenti, risciacquo e asciugatura	Se richiesto					
	4.1.11	Verifica delle condizioni termoigrometriche					x		
	4.1.12	Controllo delle condizioni igieniche							X
4.2	4.2.1	**Deumidificatori**	Pulizia per mantenere la funzionalità	X					
	4.2.2	Ispezioni (contaminazione, danneggiamenti e corrosione)	Pulizia per mantenere la funzionalità laddove vi siano incrostazioni visibili	X					
	4.2.3	Ispezione del rivestimento	funzionamento)						X
		Controllo delle condizioni igieniche							
4.3	4.3.1	**Umidificatori a vapore**	Pulizie e *riparazioni*		X				
	4.3.2	Ispezioni (contaminazione, danneggiamenti e corrosione)				X			
	4.3.2	Lavaggio con agenti pulenti, risciacquo e asciugatura, disinfezione se necessario	Pulizia dell'umidificatore	X (solo durante il funzionamento)					

	4.3.3	Controllo della formazione di condensa nella sezione di umidificazione	Pulizie e *riparazioni*			X			
	4.3.4	Ispezioni delle *condizioni e del funzionamento dei sifoni*	Pulizie			X			
	4.3.5	Controllo *della formazione di depositi sulle* lance del vapore	Pulizie e *riparazioni*		X				
	4.3.6	Controllo del drenaggio condensa	*.1.1.1.3 Riparazione*			X			
	4.3.7	Test di funzionamento della valvola di *regolazione automatica*				X			
		Controllo delle condizioni igieniche							
5	5.1	Batterie di scambio termico	Pulizie e *riparazioni*		X				
	5.2	Ispezioni (contaminazione, danneggiamenti e corrosione)	*Riparazioni*		X				
	5.3	Ispezione *delle batterie fredde condensanti, della vasca di raccolta condensa e dei separatori di gocce* (contaminazioni, corrosione e funzionamento)	*.1.1.1.4 Riparazioni*		X				
	5.4	Test funzionale dei sifoni				X			
	5.5	Pulizia *delle vasche e dei separatori di gocce*							X
		Controllo delle condizioni igieniche							
6	6.1	Ventilatori	Pulizie e correzioni			X			
	6.2	Ispezioni (contaminazione, danneggiamenti e corrosione)					X		
		Pulizia delle parti del ventilatore a contatto con l'aria e del drenaggio dell'acqua							
7	7.1	Dispositivi per il recupero del calore	Pulizie e *riparazioni*		X				
	7.2	Ispezioni (contaminazione, danneggiamenti e corrosione)	*.1.1.1.5 Riparazioni*		X				
	7.3	Controllo delle tenute tra aria in ingresso e aria in uscita	*.1.1.1.6 Riparazioni*		X				
	7.4	Ispezione *vasche di raccolta* condensa e *separatori di gocce*	*.1.1.1.7 Riparazioni*		X				
	7.5	Test funzionale dei sifoni				X			
	7.6	Pulizia *delle vasche di raccolta* condensa e dei *separatori di gocce*							X
		Controllo delle condizioni igieniche							
8	8.1	Condotti dell'aria e silenziatori	*Riparazioni*				X		

	8.2	Ispezione delle sezioni accessibili dei condotti dell'aria (danneggiamenti)	Determinazione della causa, pulizia delle *relative* sezioni dei condotti				X		
	8.3	Ispezione delle superfici interne dei condotti (contaminazione,corrosione in punti rappresentativi)	.1.1.1.8 *Riparazioni*				X		
	8.4	Ispezioni dei silenziatori (contaminazione, danneggiamenti e corrosione)	Determinazione delle cause, pulizia dei condotti					X	
		Controllo delle condizioni igieniche nei condotti dell'aria in punti rappresentativi							
9	9.1	Ingressi dell'aria	Pulizie o sostituzioni				X		
	9.2	Ispezione *della eventuale contaminazione* delle piastre forale, delle *griglie e dei raccordi (a campione)*							
		Sostituzione dei pannelli dei filtri in caso di					X		
		Filtro di classe<F9						X	
	9.3	Filtro di classe>F9	Pulizia	Se richiesto					
	9.4	Ispezione *della presenza di materiali solidi sulle immissioni* dell'aria in ambiente e *sulle* riprese dell'aria					X		
		Pulizia dei componenti							
10	10.1	Torri di raffreddamento	.1.1.1.9 *Riparazioni*				X		
	10.2	Ispezioni (danneggiamenti e corrosione)				Due volte all'anno			
	10.3	Pulizia e drenaggio dell'intero sistema	.1.1.1.10 *Riparazioni*			X			
	10.4	Controllo *della portata d'acqua sfiorata*	Pulizia e disinfezione			Due volte all'anno			
		Analisi microbiologica dell'acqua *in* circolazione							
11	11.1	Deumidificatori	Pulizie e *riparazioni*		X				
	11.2	Ispezioni (contaminazione, danneggiamenti e corrosione)	*Riparazioni*		X				
	11.3	Ispezione *delle batterie fredde condensanti, delle vasche di raccolta* condensa e *dei separatori di gocce* (contaminazioni, corrosione e funzionamento)	.1.1.1.11 *Riparazioni*		X				

	11.4	Test funzionale dei sifoni				X			
	11.5	Pulizia *delle batterie, delle vasche e dei separatori di gocce*							X
		Controllo delle condizioni igieniche							
12	12.1	Dispositivi terminali	Sostituzione del filtro e pulizia delle apparecchiature		X				
	12.2	Ispezione *della eventuale contaminazione* delle apparecchiature terminali con filtro *sull'*aria in uscita	Sostituzione del filtro e pulizia delle apparecchiature				X		
	12.3	Ispezione *della eventuale contaminazione* delle apparecchiature terminali con filtro *sull'* aria *di ricircolo*	Pulizia			X			
	12.4	Ispezione *dello sporcamento delle batterie di scambio termico* in *apparecchiature* terminali senza filtri					X		
	12.5	Pulizia dei componenti						X	
		Sostituzione dei filtri per l'aria							
13	13.1	Soffitti freddi ed elementi radianti	Pulizie e *riparazioni*		X				
	13.2	Ispezione *delle condizioni e del funzionamento della eventuale* vasca di raccolta condensa e del drenaggio	*.1.1.1.12 Riparazioni*				X		
	13.3	Controllo dei sensori *del punto di rugiada e delle eventuali perdite* delle tubazioni e delle valvole *di regolazione automatica*						X	
		Pulizia e disinfezione della vasca di raccolta condensa e pulizia del drenaggio -							

06A09629

PROVVEDIMENTO 5 ottobre 2006.

Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano in materia di ricerca e reperimento di cellule staminali emopoietiche presso registri e banche italiane ed estere. (Repertorio atti n. 2637).

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 5 ottobre 2006:

Visti gli articoli 2, comma 1, lettera *b)* e 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che attribuiscono a questa Conferenza la facoltà di promuovere e sancire accordi tra il Governo e le regioni e le province autonome, in attuazione del principio di leale collaborazione, al fine di coordinare l'esercizio delle rispettive competenze e svolgere attività di interesse comune;

Vista la legge 6 marzo 2001, n. 52, concernente «Riconoscimento del registro italiano dei donatori di midollo osseo», che regola la ricerca del donatore compatibile e la donazione del midollo osseo e istituisce il Registro italiano dei donatori di midollo osseo presso l'ente ospedaliero «Ospedale Galliera» di Genova;

Vista la legge 21 ottobre 2005, n. 219, recante «Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati» che, all'art. 3, comma 1, consente il prelievo di cellule staminali emopoietiche periferiche, a scopo di infusione per l'allotrapianto e per autotrapianto, e di cellule emopoietiche da cordone ombelicale, all'interno delle strutture trasfusionali autorizzate dalle regioni, e all'art. 5, include la raccolta e la conservazione delle cellule staminali nei livelli essenziali di assistenza;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 di «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto il decreto ministeriale 25 novembre 1998, recante «Ricerca donatore non consanguineo di midollo osseo presso i registri esteri dei donatori»;

Visto il decreto ministeriale 3 marzo 2005, recante «Protocolli per l'accertamento della idoneità del donatore di sangue ed emocomponenti»;

Visto l'Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante «Linee guida in tema di raccolta, manipolazione e impiego clinico delle cellule staminali emopoietiche (CSE)», sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 10 luglio 2003 (Rep. atti n. 1770);

Visto l'Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante «Aggiornamento del prezzo unitario di cessione del sangue e degli emocomponenti tra servizi sanitari pubblici», sancito il 24 luglio 2003 (Rep. atti n. 1806);

Vista la proposta di accordo in materia di ricerca e reperimento di cellule staminali emopoietiche presso registri e banche italiane ed estere, pervenuta dal Ministero della salute in data 28 febbraio 2006;

Vista la nota in data 1° agosto 2006, con la quale il Ministro della salute ha segnalato la citata proposta di accordo tra i provvedimenti ancora attuali;

Vista la nota del 21 settembre 2006, con la quale il Ministero della salute ha inviato una nuova stesura della citata proposta di accordo;

Considerato che, nell'incontro tecnico del 26 settembre 2006, i rappresentanti del Ministero della salute e delle regioni hanno concordato alcune modifiche al testo della proposta pervenuta con la citata nota del 21 settembre 2006;

Acquisito, nel corso della odierna seduta, l'assenso del Governo e dei presidenti delle regioni e delle province autonome, sul testo concordato nella riunione tecnica del 26 settembre 2006;

Sancisce accordo

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nei termini sottoindicati:

considerata la necessità di regolare gli aspetti amministrativi e contabili connessi alle attività di ricerca di donatore di midollo osseo presso registri italiani ed esteri nonché l'attività di ricerca di cellule staminali da cordone ombelicale presso banche italiane ed estere, al fine di garantire equità di accesso alle prestazioni di trapianto di cellule staminali e certezza economico-finanziaria alle strutture che effettuano le prestazioni;

considerato che il Registro nazionale dei donatori di midollo osseo istituito dalla legge 6 marzo 2001, n. 52, presso l'ente ospedaliero «Ospedale Galliera» di Genova (di seguito denominato «Registro di Genova») svolge:

a) l'attività di coordinamento, ricerca e reperimento dei donatori di midollo osseo presso i registri nazionali ed esteri, su richiesta delle strutture sanitarie che effettuano il trapianto di cellule staminali,

b) l'attività di gestione economica delle prestazioni erogate e richieste ai/dai registri esteri;

considerato che, non esistendo allo stato attuale un organismo istituzionalmente deputato alla ricerca di cellule staminali emopoietiche da cordone ombelicale presso banche italiane ed estere, detta attività viene svolta in forma volontaristica non coordinata;

considerato che i costi della ricerca e del reperimento delle cellule staminali emopoietiche (inclusi i costi relativi all'esecuzione di indagini di istocompatibilità, al prelievo ed al trasporto delle cellule) sono a carico delle aziende sanitarie locali di residenza dei pazienti sottoposti a trapianto;

considerato che le modalità di regolazione dei rapporti economici tra le strutture coinvolte, a diverso titolo, nella procedura di ricerca e reperimento di cellule staminali emopoietiche possono risultare, allo stato attuale, non sufficientemente chiare e che da ciò possono derivare difficoltà di accesso alla prestazione di trapianto;

considerata la disponibilità espressa dal Registro di Genova di assumere la funzione di «sportello unico» per:

il coordinamento e la gestione delle richieste di cellule staminali emopoietiche per finalità di trapianto, sia da donatore non consanguineo che da cordone ombelicale;

la regolazione degli scambi tra i diversi soggetti coinvolti nelle procedure;

considerato che la funzione di cui sopra si traduce nella raccolta documentale, registrazione e certificazione dei costi nonché nel pagamento diretto delle spese derivanti dall'attività di ricerca e di reperimento delle cellule staminali emopoietiche, sia da donatore volontario non consanguineo sia cordonali, in Italia e all'estero;

considerata altresì la disponibilità espressa dalla regione Liguria a corrispondere al Registro di Genova le somme necessarie per lo svolgimento della suddetta attività a condizione che i costi siano previsti in sede di riparto di Fondo sanitario nazionale, attraverso l'inserimento dell'importo presunto nei valori provvisori della compensazione della mobilità sanitaria;

in attesa dell'emanazione dei provvedimenti attuativi previsti nella specifica materia dalla legge 21 ottobre 2005, n. 219;

Si conviene quanto segue

1. Al Registro nazionale dei donatori di midollo osseo istituito dalla legge 6 marzo 2001, n. 52, presso l'ente ospedaliero «Ospedale Galliera» di Genova, su richiesta delle strutture sanitarie che effettuano il trapianto di cellule staminali emopoietiche, è attribuita la funzione di ricerca di cellule staminali emopoietiche da cordone ombelicale presso le banche italiane ed estere, oltre all'attività di ricerca dei donatori di midollo osseo presso i registri nazionali ed esteri prevista dalla citata legge n. 52/2001.

2. Il Registro di Genova garantisce e certifica il corretto svolgimento delle procedure di reperimento delle cellule staminali emopoietiche, midollari e cordonali, inclusa l'esecuzione di indagini di istocompatibilità, il prelievo ed il trasporto delle cellule presso la struttura sanitaria che esegue il trapianto.

3. Il Registro di Genova assume i compiti di raccolta documentale, registrazione e certificazione dei costi delle attività di ricerca e di reperimento delle cellule staminali emopoietiche, midollari e cordonali, sia da donatore sia da banca cordonale, in Italia e all'estero, e provvede direttamente al pagamento delle spese derivanti dalle suddette attività.

4. La regione Liguria anticipa al Registro di Genova le somme necessarie allo svolgimento dei compiti di cui ai punti 1) e 3).

5. I rimborsi per la ricerca ed il reperimento delle cellule staminali emopoietiche, midollari e cordonali, inclusa l'esecuzione di indagini di istocompatibilità, il prelievo ed il trasporto delle cellule presso la struttura sanitaria che esegue il trapianto, sono le seguenti:

1) € 7.250,00 per ciascuna ricerca di donatore volontario non consanguineo di midollo osseo presso registri italiani;

2) € 9.050,00 per ciascuna ricerca di donatore volontario non consanguineo di midollo osseo presso registri esteri;

3) € 7.050,00 per ciascuna ricerca di unità di cordone ombelicale nell'ambito del Network nazionale;

4) € 8.250,00 per ciascuna ricerca di unità di cordone ombelicale presso banche estere.

6. In sede di proposta di riparto delle disponibilità finanziarie per l'anno 2007, il valore della mobilità presunta della regione Liguria è incrementato per un importo di € 16.000.000 da recuperare sui valori di mobilità delle regioni in base al numero dei casi trattati dal Registro di Genova nell'anno precedente, attribuiti a ciascuna regione. Il conguaglio per i valori effettivi in relazione alle prestazioni effettuate seguirà il normale iter della compensazione della mobilità. Per gli anni successivi l'incremento è determinato in relazione alla spesa effettivamente sostenuta nell'anno precedente.

7. All'attuazione del presente accordo si provvede nei limiti delle risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale ed in coerenza con i Livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni e integrazioni. Il sistema di regolazione degli oneri di ricerca e reperimento di CSE previsto dal presente Accordo entra in vigore per le ricerche iniziate dal 1º febbraio 2007. Gli oneri di ricerca e reperimento di CSE non liquidati all'Ospedale Galliera alla medesima data, saranno regolati dalla regione Liguria sulla base di eventuale accordo con le altre regioni.

8. Le banche di cellule staminali da cordone ombelicale operano in conformità all'Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano il 10 luglio 2003, ai protocolli di cui all'art. 3, comma 4, della legge n. 219/2005 e alle azioni di coordinamento e di controllo tecnico-scientifico del Centro nazionale sangue come previsto dall'art. 12, comma 4, della richiamata legge n. 219/2005, fatte salve le necessarie integrazioni funzionali con il Centro nazionale trapianti.

9. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano convengono che i contenuti del presente accordo potranno essere oggetto di revisione alla luce delle determinazioni assunte in attuazione della legge 21 ottobre 2005, n. 219 «Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati».

Il presidente: LANZILLOTTA

Il segretario: BUSIA

06A09630

PROVVEDIMENTO 5 ottobre 2006.

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente un nuovo Patto sulla salute. (Repertorio atti n. 2648).

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 5 ottobre 2006:

Visto l'art. 117, comma 2, lettera *m)*, della Costituzione che attribuisce allo Stato la competenza di determinare i livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale ed il comma 3 che individua tra le materie di legislazione concorrente la tutela della salute;

Visti l'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

Visto l'accordo sancito il 3 agosto 2000 (repertorio atti n. 1004) in materia di spesa sanitaria, come integrato dall'art. 85, comma 6, della legge 23 dicembre 2000, n. 388;

Visto l'accordo sancito il 22 marzo 2001 (repertorio atti n. 1210) che integra l'accordo sancito il 3 agosto 2000 in materia di spesa sanitaria;

Visto l'accordo sancito l'8 agosto 2001, recante integrazioni e modifiche agli accordi sanciti il 3 agosto 2000 ed il 22 marzo 2001 in materia di spesa sanitaria (repertorio atti n. 1285), con il quale si conviene di definire i livelli essenziali di assistenza;

Visto il decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347, convertito, con modificazioni, dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, che, all'art. 6 ha previsto la definizione, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, da adottare entro il 30 novembre 2001, dei livelli essenziali di assistenza, ai sensi dell'art. 1 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 di definizione dei livelli essenziali di assistenza, e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto l'art. 40 della legge 28 dicembre 2001, n. 448, il quale prevede che il mancato rispetto da parte delle regioni e delle province autonome degli impegni indicati al punto 19 dell'Accordo tra Governo, regioni e province autonome dell'8 agosto 2001 in materia sanitaria, comporta, per il finanziamento della spesa nel settore, il ripristino per la regione e le province autonome inadempienti del livello stabilito nell'Accordo tra Governo, regioni e province autonome del 3 agosto 2000, come integrato dall'art. 85, comma 6, della legge 23 dicembre 2000, n. 388;

Visto l'accordo Stato-regioni del 16 dicembre 2004 (repertorio atti n. 2174), in attuazione dell'art. 3, comma 33, della legge 24 dicembre 2003, n. 350, con il quale sono state definite le modalità di verifica degli adempimenti regionali ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo previsto a carico dello Stato dal richiamato Accordo dell'8 agosto 2001, fermo restando, come disposto dal comma 32 del medesimo art. 1 della richiamata legge n. 350, l'obbligo del ripristino del livello di finanziamento corrispondente a quello previsto dall'accordo del 3 agosto 2000, nei confronti delle regioni per le quali si sia verificato il rispetto del mancato adempimento;

Visto l'art. 1, comma 173, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale ha disposto che l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato di cui al comma 164 del medesimo art. 1, rispetto al livello di cui all'Accordo Stato-regioni dell'8 agosto 2001, per l'anno 2004, rivalutato del 2 per cento su base annua a decorrere dall'anno 2005, è subordinato alla stipula di una specifica intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che contempli, per il rispetto degli obiettivi di finanza pubblica, ai fini del contenimento della dinamica dei costi, specifici adempimenti;

Vista l'intesa stipulata il 23 marzo 2005 (repertorio atti n. 2271) in attuazione dell'art. 1, commi 173 e 180, della richiamata legge n. 311/2004, pubblicata nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 105 del 7 maggio 2005;

Visto l'art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come integrato dall'art. 1, comma 277, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, il quale prevede, al fine del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario, che la regione, ove si prospetti sulla base del monitoraggio trimestrale una situazione di squilibrio, adotta i provvedimenti necessari ovvero che qualora i provvedimenti necessari non vengano adottati scatta la procedura del commissario *ad acta* e qualora anche il commissario *ad acta* non adotti le misure cui è tenuto, con riferimento all'esercizio 2005 e all'anno d'imposta 2006, si applicano comunque nella misura massima prevista dalla vigente normativa l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e le maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive;

Visto l'art. 1, comma 176, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, che dispone, che in caso di mancato adempimento da parte delle regioni e delle province autonome agli obblighi di cui al richiamato comma 173 del medesimo articolo, è precluso l'accesso al maggior finanziamento previsto per gli anni 2005, 2006 e 2007, con conseguente immediato recupero delle somme eventualmente erogate;

Visto l'art. 1, comma 180, della richiamata legge n. 311/2004, il quale dispone che la regione interessata, nelle ipotesi indicate ai commi 174 e 176, anche avvalendosi del supporto tecnico dell'Agenzia per i servizi sanitari regionali, procede ad una ricognizione delle cause ed elabora un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del Servizio sanitario regionale, di durata non superiore al triennio; che i Ministri della salute e dell'economia e delle finanze e la singola regione stipulano apposito accordo che individui gli interventi necessari per il perseguimento dell'equilibrio economico, nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza e degli adempimenti di cui alla intesa prevista dal comma 173;

Visto l'art. 1, comma 181, della richiamata legge n. 311/2004, il quale dispone che, con riferimento agli importi indicati al comma 164, relativamente alla somma di 1.000 milioni di euro per l'anno 2005, 1.200 milioni di euro per l'anno 2006 e 1.400 milioni di euro per l'anno 2007, il relativo riconoscimento alle regioni resta condizionato, oltre che agli adempimenti di cui al citato comma 173, anche al rispetto da parte delle regioni medesime, dell'obiettivo per la quota a loro carico sulla spesa farmaceutica previsto dall'art. 48 del decreto legge 3 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, numero 326;

Visto l'art. 1, comma 184, lettere *a)*, *b)* e *d)* della richiamata legge n. 311/2004 in materia di anticipazioni,

Visto l'art. 1, commi 98 e 107, della richiamata legge n. 311/2004 in materia di contenimento della spesa del personale;

Visto l'art. 1, commi 198 e 203, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, in materia di contenimento della spesa del personale;

Visto l'art. 1, comma 274, della richiamata legge n. 266/2005, che stabilisce che, nell'ambito del settore sanitario, al fine di garantire il rispetto degli obblighi comunitari e la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica, restano fermi:

a) gli obblighi posti a carico delle regioni, nel settore sanitario, con l'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, finalizzati a garantire l'equilibrio, economico-finanziario, a mantenere i livelli essenziali di assistenza, a rispettare gli ulteriori adempimenti di carattere sanitario previsti dalla medesima intesa e a prevedere, ove si prospettassero situazioni di squilibrio nelle singole aziende sanitarie, la contestuale presentazione di piani di rientro pena la dichiarazione di decadenza dei rispettivi direttori generali;

b) l'obbligo di adottare i provvedimenti necessari di cui all'art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Visto l'art. 1, comma 275, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, il quale prevede specifici adempimenti in materia di personale, convenzioni ed esenzioni;

Visto l'art. 1, comma 278, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, che dispone, al fine di agevolare la realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica di cui al comma 274, che il livello complessivo della spesa del Servizio sanitario nazionale, al cui finanziamento concorre lo Stato, di cui all'art. 1, comma 164, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, è incrementato di 1.000 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2006, da ripartire tra le regioni, secondo criteri e modalità concessive definiti con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, che prevedano comunque, per le regioni interessate, la stipula di specifici accordi diretti all'individuazione di obiettivi di contenimento della dinamica della spesa al fine della riduzione strutturale del disavanzo;

Visto l'art. 9 del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 103, convertito dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248, concernente l'obbligo della costituzione degli accantonamenti in materia di rinnovi contrattuali;

Visti gli obblighi comunitari della Repubblica e i relativi obiettivi di finanza pubblica per il rientro nell'ambito dei parametri di Maastricht;

Considerata la necessità del concorso delle autonomie regionali al conseguimento dei predetti obiettivi di finanza pubblica;

Considerata la necessità, al fine di garantire la certezza del conseguimento degli obiettivi di finanza pubblica per il rispetto degli obblighi comunitari, di prorogare anche per gli esercizi successivi al 2005 il meccanismo dell'automatismo fiscale di cui al richiamato art. 1, comma 174, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, come integrato dall'art. 1, comma 277, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

Considerato che, al fine di garantire ai cittadini l'accesso al Servizio sanitario nazionale, in maniera uniforme sul territorio nazionale, nel rispetto dei diritti costituzionali e di mantenere un livello di finanziamento compatibile con il quadro economico finanziario complessivo, si rende necessario stipulare una Intesa tra lo Stato, le regioni e le province autonome;

Vista la nota 26 settembre 2006, con la quale il Ministro della salute ha trasmesso un documento concernente un nuovo Patto sulla salute, concertato con il Ministero dell'economia e delle finanze;

Vista la lettera in data 28 settembre 2006, con la quale il Ministro della salute ha inviato un nuovo documento, anch'esso concertato con il Ministero dell'economia e delle finanze, che, rispetto alla versione precedentemente inviata, è stato impostato sotto forma di «protocollo d'intesa» e presenta alcune integrazioni;

Vista la nota pervenuta nella medesima data del 28 settembre 2006, con la quale il presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome ha espresso condivisione sui contenuti del predetto nuovo documento;

Acquisito, nel corso dell'odierna seduta e come risulta dal verbale della seduta medesima, l'assenso del Governo e dei presidenti delle Regioni e delle Province Autonome sul testo della presente intesa;

Sancisce intesa

tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome nei termini sotto indicati:

PROTOCOLLO D'INTESA
SUL
NUOVO PATTO SULLA SALUTE

Premesso che:

Il sistema sanitario italiano si colloca in una posizione di assoluto rispetto nelle graduatorie internazionali circa la tutela della salute della popolazione e la qualità complessiva delle prestazioni. Ciò nonostante esso presenta seri elementi di criticità: l'inappropriatezza di alcune prestazioni, come l'utilizzo improprio dei ricoveri ospedalieri e dei pronto soccorso dovuto all'organizzazione ancora prevalentemente burocratica della medicina di base e alla carenza di servizi di assistenza domiciliare integrata; le lunghe liste di attesa; l'ingiustificato livello di spesa farmaceutica per abitante di alcune regioni; l'insufficiente qualità dei servizi sanitari in alcune regioni, che ne spinge i cittadini a rivolgersi alle strutture di altre regioni per usufruire di cure adeguate.

Le tendenze di lungo periodo della spesa sanitaria risentono di fattori di fondo: l'invecchiamento della popolazione, le modificazioni socio-economiche e il progresso della medicina, che genera migliori cure ma anche un aumento dei costi. In questo ambito si possono riscontrare anche inefficienze e inappropriatezze che, presenti in varie forme nell'insieme del sistema sanitario, sono particolarmente pervasive in alcune regioni. Proprio la distribuzione dei disavanzi fra le diverse regioni conferma che vi sono margini di miglioramento nell'efficienza e nell'appropriatezza dell'erogazione delle prestazioni sanitarie. A questo proposito la valutazione preliminarmente condivisa a che gradi sempre più elevati di appropriatezza clinica ed organizzativa possono essere conseguiti con un processo che va sviluppato con il coinvolgimento dei professionisti operanti nel campo della tutela della salute.

È dunque possibile, come indicato nel Documento di programmazione economico finanziaria 2007-2011, mantenere e migliorare qualità ed efficacia dei servizi sanitari e al tempo stesso ricondurre la dinamica di tale voce di spesa nell'ambito dei vincoli della finanza pubblica. Anzi, proprio la massimizzazione dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse è condizione essenziale affinché la sanità possa svolgere pienamente il suo ruolo sociale ed economico - la spesa sanitaria è una forma essenziale di investimento nel capitale umano. Si tratta di un ruolo di interesse nazionale, che richiede di combinare la politica di promozione e coordinamento propria del Governo con il rafforzamento dell'autonomia organizzativa e della responsabilità finanziaria delle regioni. In questo quadro è auspicabile un coinvolgimento delle organizzazioni sindacali confederali nel dibattito sullo sviluppo e la qualificazione del Servizio sanitario nazionale e sulle politiche per la tutela della salute.

Sulla base di queste premesse condivise, Governo, regioni e province autonome di Trento e di Bolzano convengono di sancire un Nuovo Patto per la Salute volto a ricondurre sotto controllo la spesa sanitaria, a dare certezza di risorse per il Servizio sanitario nazionale (S.S.N.) su un arco pluriennale, a sollecitare e sostenere le azioni necessarie a elevare qualità e appropriatezza delle prestazioni, a riequilibrare le capacità di fornire servizi di analoga qualità ed efficacia su tutto il territorio nazionale.

Oggi si evidenziano la necessità e l'opportunità di operare una svolta che all'attenzione ai deficit ed alla modalità della loro copertura affianchi la costruzione di procedure che evitino il formarsi dei deficit medesimi, nel rispetto della piena erogazione dei LEA.

Governo e regioni ritengono necessario, con il presente patto, individuare in modo condiviso le regole e le procedure di verifica e controllo delle attività delle regioni per garantire i LEA su tutto il territorio nazionale e modalità di finanziamento che diano certezza di risorse su un arco pluriennale, nonché sancire la necessità di istituire un'apposita sede per definire nuove regole sulla politica del personale e sulla farmaceutica.

Il settore della sanità deve mantenere una dinamica di crescita compatibile con la programmazione finanziaria del Paese. In ogni caso i livelli di finanziamento devono essere parametrati alla verifica dell'effettivo costo dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza.

All'interno di questo quadro di compatibilità, il Nuovo Patto punta a rafforzare la capacità programmatoria e organizzativa delle regioni promuovendo azioni incisive di miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni, che consentano di utilizzare l'ammontare di risorse stabilito in modo da accrescere la qualità e l'efficacia dei servizi e da assicurare una loro più equilibrata fruizione su tutto il territorio nazionale. Verrà rafforzato il sistema di monitoraggio circa l'erogazione effettiva dei LEA e il livello centrale, sia ministeriale che del coordinamento interregionale, svolgerà non solo una funzione di verifica ma, quando necessario, anche di supporto, servizio ed affiancamento per le regioni. Il miglioramento delle prestazioni richiede un significativo rafforzamento dell'attività di prevenzione, la riorganizzazione e il potenziamento delle cure primarie, lo sviluppo dell'integrazione socio-sanitaria, a cominciare dall'assistenza ai non autosufficienti. Nel migliorare l'appropriatezza delle prestazioni e garantire sia la loro universalità sia l'esigenza che esse siano fruite dalle persone in effettiva necessità, un ruolo potranno svolgere forme di compartecipazione alla spesa da parte dei cittadini in funzione del tipo di patologia e della condizione economica. Infine, facendo leva sul Fondo nazionale per il co-finanziamento degli investimenti di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988 e sui fondi strutturali UE 2007-2013 si punterà a sostenere l'attività di ricerca e innovazione e l'attività di investimento per l'innalzamento della qualità del sistema e nelle nuove tecnologie.

Preso atto che:

il Governo si impegna ad adottare ogni necessario provvedimento normativo e/o amministrativo in attuazione del presente patto anche a modifica o integrazione o abrogazione di norme, accordi e intese vigenti;

il Governo ritiene indispensabile prorogare il meccanismo dell'automatismo fiscale;

il Governo ritiene indispensabile assicurare la stabilità degli strumenti di programmazione finanziaria nel settore farmaceutico;

il Governo si impegna con il presente patto, in sede di approvazione del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, a stabilire il finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato per il triennio 2007-2009 e che comprende il livello delle entrate proprie così come definito nell'Accordo dell'8 agosto 2001, in modo da consentire alle regioni l'ottimizzazione, efficienza e massimizzazione nell'uso delle risorse e rendere loro possibile una programmazione di medio periodo delle azioni necessarie a correggere le inappropriatezze e a riassorbire le inefficienze che minano il controllo della spesa e l'efficacia dei servizi per i cittadini;

Governo e regioni si impegnano ad affrontare il problema di superare i divari quantitativi e qualitativi tra sistemi sanitari regionali ed in particolare tra Nord e Sud del Paese, evidenziando che tale problema si è accresciuto negli ultimi anni e trova annualmente testimonianza nei rilevanti fenomeni di mobilità sanitaria interregionale;

il Governo si impegna a prevedere in sede di approvazione del disegno di legge finanziaria per l'anno 2007, per le regioni che presentano grandi criticità finanziarie, un fondo transitorio che, insieme con misure di affiancamento, sostenga tali regioni in un percorso di rientro in grado di portare all'azzeramento dei loro disavanzi entro l'anno 2010;

il Governo e le regioni convengono che, nell'attuazione del presente patto, sono fatte salve le funzioni generali dello Stato di monitoraggio e valutazione del Servizio sanitario nazionale al fine di garantire il reale accesso ai livelli essenziali di assistenza, nonché di coordinamento della finanza pubblica e sono altresì fatte salve l'autonomia organizzativa e gestionale delle regioni;

Si conviene quanto segue:

1) *Disponibilità finanziarie per il Servizio sanitario nazionale.*

1.1. Il finanziamento del Servizio sanitario nazionale cui concorre ordinariamente lo Stato per il triennio 2007-2009, al netto della componente transitoria di cui al successivo punto 3, è determinato in 96.000 milioni di euro per l'anno 2007, 99.042 milioni di euro per l'anno 2008 e 102.245 milioni di euro per l'anno 2009, comprensivi dell'importo di 50 milioni di euro, per ciascuno degli anni indicati, a titolo di ulteriore finanziamento a carico dello Stato per l'ospedale «Bambino Gesù». A fronte di tale disponibilità programmatoria dovrà corrispondere un'assunzione di autonomia ed inderogabile responsabilità di bilancio da parte delle regioni sia nell'utilizzo di eventuali maggiori risorse liberate da efficientamenti del sistema sanitario regionale, sia nell'adozione di misure di ripiano di disavanzi.

1.2. Il Ministro della salute, ai fini dell'esercizio della sua titolarità di proposta di riparto delle disponibilità finanziarie di cui al punto 1.1 per la determinazione del fabbisogno finanziario delle singole regioni, dichiara la sua disponibilità ad avvalersi, in prima istanza, di criteri di riparto elaborati dalle regioni, previa la ordinaria verifica tecnica con il Ministero dell'economia e delle finanze sulla congruità dei predetti criteri, entro il 15 novembre 2006. In carenza di tali criteri ovvero qualora tali criteri non siano stati ritenuti congrui, il Ministro della salute elabora comunque la proposta di riparto entro il 30 novembre 2006, sulla base della normativa vigente. I criteri di riparto comunque, che siano recepiti dalla proposta delle Regioni o che siano proposti dal Ministro, restano validi per l'intero triennio 2007-2009.

1.3. Le regioni si impegnano ad esprimere entro il 30 ottobre 2006 l'intesa sul decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri attuativo del decreto legislativo n. 56/2000 per l'anno 2005 e, entro il 31 marzo 2007 per l'anno 2006.

1.4. In via aggiuntiva agli adempimenti previsti dal presente patto, sono confermati e prorogati per tutta la durata del presente accordo gli adempimenti regionali previsti dall'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 ed i relativi criteri e sedi di verifica, nonché le modalità di copertura di eventuali disavanzi, come integrati dalle disposizioni di cui all'art. 1, commi 203 e 275 della legge n. 266/2005 e dall'art. 9 del decreto-legge 30 settembre 2005, n. 103, convertito dalla legge 2 dicembre 2005, n. 248. Tali procedure restano in vigore salvo quanto eventualmente concordato nel tavolo di cui al successivo punto 4.16. In via straordinaria, per le regioni che abbiano stipulato l'accordo di cui all'art. 1, comma 180, della richiamata, legge n. 311/2004 sono considerate idonee forme di copertura dei disavanzi pregressi, cumulativamente registrati e certificati fino al 2005, al netto per l'anno 2005 della copertura derivante dell'incremento automatico delle aliquote, in deroga a quanto previsto dalla predetta Intesa, con misure a carattere pluriennale derivanti da specifiche entrate certe e vincolate. A tal fine il Governo si impegna alla proposizione delle necessarie norme di deroga.

1.5. La quota di finanziamento condizionata alla verifica degli adempimenti di cui al punto 1.4 è determinata nella misura del 3 per cento delle somme dovute a titolo di finanziamento della quota indistinta del fabbisogno sanitario, al netto delle entrate proprie per le regioni a statuto ordinario; delle entrate proprie e della partecipazione di Sicilia e Sardegna per queste ultime.

1.6. È confermato lo schema delle anticipazioni di cui all'art. 1, comma 184, lettere *a), b)* della citata legge n. 311/2004 secondo le procedure di determinazione di cui al punto 1.5 nella misura del 97 per cento degli importi stabiliti per le singole regioni in sede di riparto delle disponibilità finanziarie complessive per il Servizio sanitario nazionale. La procedura dell'anticipazione provvisoria è determinata con riferimento al finanziamento corrispondente a quello previsto per l'anno 2006 e incrementato a decorrere dal 2008 sulla base del tasso di crescita del PIL nominale programmato. Alle regioni che abbiano superato gli adempimenti dell'ultima verifica effettuata dal tavolo di verifica di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, si riconosce la possibilità di un incremento di detta percentuale nei limiti della compatibilità di bilancio dettate dagli obiettivi di finanza pubblica.

2) *Livelli essenziali di assistenza.*

2.1. Entro il 31 dicembre 2006, al fine di consentirne una tempestiva entrata in vigore il 1º gennaio 2007, si procederà, con le modalità di cui all'art. 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive integrazioni, nelle sedi competenti, ad una revisione straordinaria dei livelli essenziali di assistenza vigenti, nell'ambito della cornice finanziaria programmata, sulla base dei seguenti principi e criteri:

i criteri ed i principi contenuti nell'art. 1, comma 2 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, così come modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229:

1. principio della dignità della persona;
2. principio del bisogno di salute;
3. principio dell'equità nell'accesso all'assistenza;
4. principio della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze;
5. principio dell'economicità nell'impiego delle risorse.

Inoltre la revisione dei LEA terrà conto dei criteri:

di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 di definizione dei livelli essenziali di assistenza;

dei risultati del Progetto Mattoni;

della previsione di rimodulazione dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 1, comma 292, letztera *a)*, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

della integrazione dei LEA con l'aggiornamento delle liste delle prestazioni erogabili con particolare riferimento alla omogeneizzazione di quanto previsto in materia di assistenza odontoiatrica, parto indolore e terapie del dolore, tutela della salute nei luoghi di lavoro, eliminando prestazioni ormai obsolete o sostituite da altre di comprovata efficacia;

il criterio di revisione dei 43 DRG ad alto rischio di inappropriatezza, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 29 novembre 2001 e successive modificazioni ed integrazioni, ampliandone il numero.

2.2. In ciascuno degli anni del triennio, nell'ambito della cornice finanziaria programmata, viene operata almeno una revisione ordinaria anche al fine di tenere conto dei risultati del monitoraggio dei costi delle prestazioni, dei servizi e delle tipologie di assistenza ricomprese nei livelli essenziali di assistenza.

2.3. Entro il 30 novembre 2006 si procede, in via straordinaria, nelle sedi competenti, ad una analisi dei costi delle prestazioni, dei servizi e delle tipologie di assistenza ricomprese nei livelli essenziali di assistenza, assumendo come riferimento i costi delle pratiche ritenute più efficienti in condizioni di appropriatezza, riscontrabili nel Servizio sanitario nazionale. Tale analisi costituirà la base di riferimento di un'attività ordinaria di monitoraggio di tali costi da effettuarsi ogni anno entro il 30 novembre, i cui risultati saranno riportati nella relazione sullo stato sanitario del Paese da inviare al Parlamento.

2.4. Entro il 30 novembre 2006, coerentemente con quanto stabilito con l'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 e con il sistema di indicatori di garanzia dei livelli essenziali di assistenza di cui all'art. 9 del decreto legislativo 18 febbraio 2000, n. 56, si conviene di definire un «pacchetto» o set di indicatori, concordato tra Ministeri della salute e dell'economia e finanze e regioni a partire dal set di indicatori, comprensivo anche di indicatori sulle risorse umane e professionali del Servizio sanitario nazionale, utilizzato dal Comitato permanente per la verifica dei LEA di cui all'art. 9 dell'Intesa per la verifica dell'erogazione dei LEA per l'anno 2005. La verifica degli indicatori sarà condotta dal predetto Comitato in modo da configurare un percorso certificativo che evidenzi: l'uso delle risorse, la qualità dell'output e la capacità organizzativa. In quella sede vengono stabiliti indirizzi programmatori — per esempio relativi alla dotazione di letti ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario nazionale, alla loro articolazione nelle funzioni per acuti, riabilitazione e lungodegenza post-acuzie e, alle funzioni dei grandi ospedali e dei piccoli ospedali, al dimensionamento e all'organizzazione di particolari attività, all'attivazione e al funzionamento delle grosse tecnologie. Ogni regione, coerentemente con le risorse programmate per l'erogazione dei LEA, stabilisce prima dell'inizio di ogni anno i risultati attesi e i relativi programmi che vengono poi monitorati dal citato Comitato. Tale procedura implica che il livello centrale (sia ministeriale che del coordinamento interregionale) svolga non solo una funzione di verifica, ma, per le regioni che lo richiedano o comunque per quelle impegnate nei piani di rientro, anche di supporto, servizio ed affiancamento per le regioni, finalizzata anche ad una autovalutazione della qualità dell'assistenza erogata.

2.5. Entro il 30 novembre 2006 vengono adottati con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, d'intesa conla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome i nuovi modelli di rilevazione dei conti del Servizio sanitario nazionale e le nuove linee guida alla loro compilazione con riferimento ai risultati già disponibili del progetto collaborativo «Mattone» denominato «Misura dei costi» da adottarsi a partire dall'anno di competenza 2007.

2.6. Per il loro rilevante impatto sui livelli essenziali di assistenza si ritiene necessario attivare un percorso valutativo al quale subordinare la immissione delle nuove tecnologie ad alto impatto economico nel Servizio sanitario nazionale, attivando, a tal fine, un'apposita sezione di lavoro nell'organismo deputato alla elaborazione delle proposte tecniche per la manutenzione dei LEA, avvalendosi delle agenzie nazionali e delle altre strutture tecniche del Servizio sanitario nazionale.

3) *Ulteriore concorso transitorio dello Stato alle Regioni in difficoltà economico-finanziaria.*

3.1. Per il percorso di rientro strutturale dai disavanzi per le regioni in difficoltà si conviene quanto segue:

a) Il Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti presso il Ministero dell'economia e finanze, di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005, individua le regioni che presentano un disavanzo pari o superiore al 7% nell'anno precedente e/o nelle quali sia entrata in vigore la massimizzazione dell'aliquota di addizionale Irpef e della maggiorazione Irap, d'ora innanzi «Regioni in difficoltà»;

b) viene istituito, per tutto il triennio 2007-2009, un Fondo transitorio di 1000 milioni di euro per l'anno 2007, di 850 milioni di euro per l'anno 2008 e di 700 milioni di euro per l'anno 2009. L'accesso alle risorse di tale Fondo resta subordinato alla sottoscrizione dell'accordo ai sensi dell'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, comprensivo di un Piano di rientro. Il Piano di rientro deve contenere, sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei livelli essenziali di assistenza, per renderlo conforme a quello desumibile dal vigente piano sanitario nazionale e dal vigente decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di fissazione dei LEA, sia le misure necessarie all'azzeramento del disavanzo entro il 2010, sia gli obblighi e le procedure previsti dall'art. 8 dell'Intesa del 23 marzo 2005. Le regioni in difficoltà possono accedere al fondo

transitorio. Tale accesso presuppone che sia scattata formalmente in modo automatico o che sia stato attivato l'innalzamento ai livelli massimi dell'aliquota di addizionale Irpef e della maggiorazione Irap. Qualora durante il procedimento di verifica annuale del piano si prefiguri il mancato rispetto di parte degli obiettivi intermedi di riduzione del disavanzo contenuti nel piano di rientro, la regione interessata può proporre misure equivalenti che devono essere approvate dal Ministero della salute e dell'economia e finanze. In ogni caso l'accertato verificarsi del mancato raggiungimento degli obiettivi intermedi comporta che, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive si applicano oltre i livelli massimi previsti dalla legislazione vigente fino all'integrale copertura dei mancati obbiettivi. Qualora invece sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi è stato conseguito con risultati ottenuti quantitativamente migliori, la regione interessata può ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo, l'addizionale all'imposta sul reddito delle persone fisiche e l'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto;

c) il Ministero della salute, di concerto per quanto di competenza con il Ministero dell'economia e delle finanze, assicurerà l'attività di affiancamento delle regioni in difficoltà e di monitoraggio dei loro piani di rientro, sia per i provvedimenti regionali di spesa e programmazione sanitaria da sottoporre a preventiva approvazione da parte del Ministero della salute e del Ministero dell'economia e delle finanze, sia per i nuclei da realizzarsi nelle singole regioni con funzioni consultive e di supporto tecnico. Tali funzioni consultive e di supporto sono svolte per la predisposizione dei provvedimenti di carattere programmatico e di alta gestione del Servizio sanitario regionale e per l'attuazione dei provvedimenti approvati con prescrizioni da parte dei Ministeri della salute e dell'economia e finanze, per risolvere le questioni poste.

4) *Tematiche di particolare rilevanza per il Servizio sanitario nazionale.*

4.1. Per quanto attiene alle esigenze di adeguamento strutturale e tecnologico del Servizio sanitario nazionale si conviene, in analogia a quanto operato dall'art. 83, comma 3 della legge 23 dicembre 2000, n. 388, sulla opportunità di ampliare lo spazio di programmabilità degli interventi previsti nel programma straordinario di investimenti in edilizia sanitaria, di cui all'art. 20 della legge n. 67/1988, elevandolo dagli attuali 17 miliardi di euro a 20 miliardi di euro, riservando la quota aggiuntiva di 3 miliardi di euro alle seguenti linee prioritarie:

innovazione tecnologica delle strutture del Servizio sanitario nazionale con particolare riferimento alla diagnosi e terapia nel campo dell'oncologia e delle malattie rare;

superamento del divario Nord-Sud;

possibilità per le regioni che abbiano già realizzato la programmazione pluriennale, di attivare una programmazione aggiuntiva;

messa a norma delle strutture pubbliche ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997;

premialità per le regioni sulla base della tempestività e della qualità di interventi di ristrutturazione edilizia e ammodernamento tecnologico già eseguiti (una quota del 10 per cento);

Il Governo e le regioni si impegnano altresì a sostenere l'inserimento della tematica « sanità-sviluppo economico» tra le finalità individuate per l'utilizzo dei fondi disponibili nell'ambito del Quadro strategico nazionale 2007-2013 ed a convenire, con riferimento ai piani di investimento immobiliare deliberati dall'Inail, cui all'art. 1, comma 301, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, sugli interventi di edilizia sanitaria da realizzare ciascun anno, in relazione alla programmazione sanitaria nazionale e regionale e nel rispetto delle compatibilità degli obiettivi di finanza pubblica assunti con il patto di stabilità e crescita.

4.2. Per realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino/paziente, che rende effettivo il diritto alla salute, oltre a generalizzare le già consolidate forme aggregative presenti sul territorio con le Unità territoriali di assistenza primaria, si conviene di promuovere ulteriori forme e modalità erogative dell'insieme delle cure primarie, attraverso l'integrazione dei medici di famiglia tra di loro e con la realtà distrettuale, con i medici della continuità assistenziale e con i medici del 118, anche allo scopo di migliorare le varie forme di assistenza domiciliare. Su questi temi come in generale su quelli della medicina del territorio, della prevenzione e della tutela della salute nei luoghi di lavoro, Governo e regioni si impegnano a definire linee di indirizzo entro il 31 dicembre 2006.

4.3. In coerenza con quanto previsto al punto precedente, si conviene che debbano essere intensificate ed integrate iniziative idonee a responsabilizzare i medici di medicina generale sul versante dell'appropriatezza prescrittiva.

4.4. Si conviene di sviluppare nuove ulteriori iniziative volte a favorire la definizione e la diffusione di linee guida e di protocolli per la razionalizzazione dei percorsi diagnostici e di cura.

4.5. Si conviene sulla necessità di omogeneizzare le forme di compartecipazione alla spesa in funzione di una maggiore appropriatezza delle prestazioni, anche al fine di promuovere la riduzione dell'uso improprio del pronto soccorso ospedaliero e il ricorso appropriato al day hospital, nonché migliorando il ricorso alla diagnostica.

4.6. Al fine di promuovere adeguati processi di qualificazione della rete per l'assistenza ospedaliera, con Intesa Stato-regioni, da stipularsi, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, entro il 31 dicembre 2006, vengono definiti indirizzi e linee di razionalizzazione della funzione ospedaliera, finalizzata anche al recupero di maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse nelle regioni con rilevanti difficoltà finanziarie, ad integrazione e supporto dei singoli piani di rientro. Tali linee saranno definite prendendo in considerazione standard di dimensionamento complessivo della rete, compiti e funzioni da attribuire ai presidi in ragione della loro collocazione, maggiore o minore dimensione e caratteristiche istituzionali con particolare riferimento all'affidamento di funzioni di erogazione di particolari prestazioni di elevata qualificazione ed alla diffusione delle funzioni di emergenza e urgenza. Sarà anche necessario procedere ad un'analisi delle modalità organizzative, anche innovative, interne ai presidi finalizzate alla maggiore integrazione delle attività ed al raggiungimento di maggiori livelli di efficienza.

4.7. Si conviene di razionalizzare le tariffe di laboratorio in modo da promuovere il dimensionamento efficiente dei laboratori e la diffusione dei punti di prelievo, con effetti di riduzione dei prezzi a vantaggio dei cittadini e del Servizio sanitario nazionale.

4.8. Si conviene sulla necessità di applicare anche agli enti del Servizio sanitario nazionale le disposizioni di cui all'art. 1, commi 189, 191 e 194 della legge 23 dicembre 2005, n. 266. Conseguentemente il Governo e le regioni si impegnano ad approfondire con le rappresentanze sindacali le regole di alimentazione dei fondi relativi alla contrattazione integrativa. Fermo restando gli obiettivi finanziari connessi al contenimento della spesa per il personale del S.S.N. di cui agli articoli 1, comma 98, della legge n. 311/2004 e 1, comma 198, della legge n. 266/2005, si conviene che per il loro conseguimento debbano essere individuate nuove modalità e procedure più aderenti alle specifiche realtà operative rispetto a quelle vigenti.

4.9. Per assicurare che l'integrazione tra erogatori pubblici ed erogatori privati sia ancorata alla prioritaria esigenza di garantire qualità nei processi di diagnosi, cura e riabilitazione, con Intesa Stato-regioni da stipularsi, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, entro il 31 dicembre 2006, vengono definiti indirizzi per l'applicazione dei principi e norme fondamentali desumibili dalla vigente legislazione nazionale in materia di relazioni con le istituzioni sanitarie private, favorendo strategie di coinvolgimento negli obiettivi programmatici pubblici, di partecipazione alle politiche di qualità ed appropriatezza, di controllo dei volumi e della spesa.

Con l'Intesa, per le medesime finalità:

si promuoveranno le opportune iniziative per supportare normativamente, per gli aspetti di normazione di principio eventualmente carenti, le politiche regionali in questo settore;

si promuoveranno iniziative per l'eventuale messa a punto della metodologia di remunerazione così come normati dal d.lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni.

Coerentemente con queste esigenze, già si conviene che:

viene individuata nel 1° gennaio 2008 la data a partire dalla quale devono considerarsi cessati i transitori accreditamenti delle strutture private già convenzionate, ai sensi dell'art. 6, comma 6, della legge 23 dicembre 1994, n. 724, non confermati da accreditamenti provvisori o definitivi disposti ai sensi dell'art. 8-*quater* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni;

viene individuata nel 1° gennaio 2010 la data a partire dalla quale cessano gli accreditamenti provvisori delle strutture private, di cui dell'art. 8-*quater*, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni, non confermati dagli accreditamenti definitivi di cui all'art. 8-*quater*, comma 1 del medesimo decreto;

viene individuata nel 1° gennaio 2008, la data a partire dalla quale non possono essere concessi nuovi accreditamenti, ai sensi del d.lgs n. 229/1999, in assenza di un provvedimento regionale di ricognizione e conseguente determinazione ai sensi dell'art. 8-*quater*, comma 8 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche ed integrazioni. Tale provvedimento è trasmesso al comitato di verifica dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005.

Per le regioni impegnate nei Piani di rientro, le sopra menzionate date del 1° gennaio 2008 sono anticipate al 1° luglio 2007 per le regioni nelle quali entro il 31 maggio 2007 non si sia provveduto ad adottare o aggiornare, adeguandoli alle finalità del presente Accordo i provvedimenti di cui all'art. 8-*quinquies*, commi 1 e 2, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni e integrazioni.

4.10. In materia di promozione della qualità, il Governo e le regioni si impegnano a promuovere le opportune iniziative per favorire la piena applicazione di quanto previsto nel d.lgs. n. 502/1992, e successive modifiche ed

integrazioni, nonché dal Piano sanitario nazionale 2006-2008. A tal fine si conviene di pervenire entro il 31 dicembre 2006 all'approvazione, mediante Intesa sottoscritta ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, di un programma nazionale per la promozione permanente della qualità nel Servizio sanitario nazionale. Il programma nazionale prevederà l'attuazione di forme costanti e strutturate del gradimento dei servizi da parte dei cittadini/utenti/pazienti.

4.11. In considerazione della dimensione assunta, in campo nazionale, dal problema dell'assistenza alla non autosufficienza e considerate le iniziative che diverse regioni stanno assumendo in merito, si conviene di attivare un tavolo di lavoro presso il Ministero per la solidarietà sociale con la partecipazione di rappresentanti delle regioni, del Ministero della salute, del Ministero dell'economia e delle finanze, del Ministero per le politiche della famiglia, che approfondisca le seguenti tematiche:

area prestazionale di confine tra le prestazioni, i servizi e le tipologie di assistenza già assicurate dai LEA di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni ed integrazioni e le altre linee prestazionali;

aspetti sanitari e socio sanitari dell'accertamento del bisogno;

analisi delle iniziative regionali già in essere.

4.12. In maniera complementare all'iniziativa di cui al punto 4.10, al fine di favorire una qualificazione delle attività di integrazione socio-sanitaria previste dal d.lgs. n. 502/1992 così come, in particolare, modificato ed integrato dal d.lgs. n. 229/1999, il Ministero della salute si impegna a rifinalizzare una propria struttura per dedicarla all'integrazione socio-sanitaria ed alla diffusione di processi permanenti di qualificazione delle strutture del S.S.N. impegnate nei vari settori assistenziali caratterizzati dalla prevalente esigenza di integrazione tra aspetti sanitari e aspetti sociali.

4.13. Nuovo Sistema informativo sanitario.

La scadenza del 30 giugno 2005, prevista dall'art. 3, comma 4, dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 per l'adozione di un Accordo quadro Stato-regioni tra i Ministri della salute, dell'economia e delle finanze, per le riforme e l'innovazione della pubblica amministrazione e le regioni e le province autonome, di riadeguamento della composizione e delle modalità di funzionamento della cabina di regia del nuovo Sistema informativo sanitario, è prorogata al 31 dicembre 2006. Fino a tale data restano ferme le competenze attribuite alla cabina di regia per lo sviluppo del N.S.I.S. di cui alla richiamata Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005.

Il Governo e le regioni si impegnano a promuovere l'utilizzo dei dati acquisiti con le procedure di cui al comma 10, dell'art. 50, della legge 24 novembre 2003, n. 326, di conversione, con modificazioni, del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, presso il nuovo Sistema informativo sanitario del Ministero della salute, fermo restando quanto previsto dall'art. 87 della legge n. 388 del 2000, ferma restando le competenze del Ministero dell'economia e delle finanze previste dai citati articoli 50 e 87.

Nell'attuale fase transitoria si conviene sulla necessità di completare, entro il 31 dicembre 2007, il processo di acquisizione all'N.S.I.S., promosso dalla sua cabina di regia, dei dati regionali informatizzati già disponibili per il monitoraggio delle prestazioni relative all'assistenza specialistica ambulatoriale ed all'assistenza farmaceutica convenzionata, nonché di integrare tale acquisizione con i dati relativi alla distribuzione diretta dei farmaci e alla c.d. distribuzione per conto e con il monitoraggio della spesa farmaceutica ospedaliera, dell'assistenza protesica e dell'assistenza integrativa.

4.14. Al fine di rendere più efficiente l'utilizzo delle risorse disponibili, Governo e regioni convengono sulla necessità di ulteriormente incrementare forme di razionalizzazione dei sistemi di gestione delle attività tecnico-amministrative e di supporto, quali la logistica, gli acquisti di beni e servizi, la manutenzione ecc., anche attraverso modalità di esercizio sovraziendale e di centralizzazione degli acquisti, con particolare riferimento ai dispositivi medici.

4.15. La sede tecnica integrata per promuovere l'attività di armonizzazione dei risultati delle linee di confronto tecnico-programmatico che — nei vari ambiti e organismi previsti dalla normativa vigente — si sviluppano tra Ministero della salute, Ministero dell'economia e finanze e regioni per tutte le attività che impegnano Governo e regioni nella garanzia dei livelli essenziali di assistenza e per il monitoraggio della spesa sanitaria, è costituita, rispettivamente, dal comitato di verifica dei LEA di cui all'art. 9 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005 e dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti, di cui all'art. 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005.

Il Comitato e il Tavolo verificano altresì periodicamente lo stato di attuazione del presente accordo.

4.16. Ulteriore revisione degli accordi precedenti e delle leggi.

Uno specifico Tavolo di lavoro misto Stato-regioni, presso il Ministero della salute, costituito da rappresentanti del Ministro della salute, del Ministro dell'economia e finanze, del Ministro per gli affari regionali e le auto-

nomie locali, della Conferenza delle regioni e delle province autonome, provvederà a formulare proposte di revisione di punti della normativa vigente, anche in riferimento al rapporto con il Servizio sanitario nazionale di enti ed organismi di rilevanza nazionale, di cui sia condivisa la criticità di applicazione.

4.17. Al fine di armonizzare i contenuti e la tempistica del presente Patto con il vigente Piano sanitario nazionale di cui al decreto del Presidente della Repubblica 7 aprile 2006, si conviene di promuovere modifiche ed integrazioni del Piano sanitario nazionale 2006-2008.

4.18. Governo e regioni convengono sulla necessità di riaprire una fase di confronto sugli strumenti di monitoraggio e regolazione della spesa farmaceutica, in modo da pervenire ad eventuali modifiche della disciplina vigente, fermo restando l'obiettivo del conseguimento degli effetti finanziari derivanti dalla vigente normativa.

Nei confronti delle regioni che abbiano comunque garantito la copertura degli eventuali relativi disavanzi, è consentito l'accesso agli importi di cui all'art. 1, comma 181 della legge n. 311/2004, con riferimento alla spesa farmaceutica registrata negli esercizi 2005 e 2006 anche alle seguenti condizioni:

con riferimento al superamento del tetto del 13%, per la spesa farmaceutica convenzionata, in assenza del rispetto dell'obbligo regionale di contenimento della spesa per la quota a proprio carico, con le misure di cui al decreto-legge 18 settembre 2001, n. 347 convertito dalla legge 16 novembre 2001, n. 405, si applica, nell'ambito della procedura di cui all'art. 1, comma 174, della legge n. 311/2004, una quota fissa per ricetta e/o confezione di importo idoneo a garantire l'integrale contenimento del 40%;

con riferimento al superamento della soglia del 3%, per la spesa farmaceutica non convenzionata, in assenza del rispetto dell'obbligo regionale di contenimento della spesa per la quota a proprio carico, le regioni presentano ai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze un Piano di contenimento della spesa farmaceutica ospedaliera, che contenga interventi diretti al controllo dei farmaci mnnovativi, al monitoraggio dell'uso appropriato degli stessi e degli appalti per l'acquisto dei farmaci la cui idoneità è da verificarsi congiuntamente nell'ambito dei Tavoli di cui agli articoli 9 e 12 dell'Intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005.

4.19. Si conviene sulla opportunità di prevedere che, nella fase applicativa del Patto, siano assicurate iniziative che aprano al confronto con le organizzazioni sindacali confederali l'approfondimento delle linee di sviluppo del Patto stesso, con particolare riferimento ai livelli essenziali di assistenza e alle altre tematiche rilevanti per il Servizio sanitario nazionale.

Il presidente: LANZILLOTTA

Il segretario: BUSIA

06A09631

AUGUSTA IANNINI, *direttore* FRANCESCO NOCITA, *redattore*

(G603164/1) Roma, 2006 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A. - S.

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

CANONI DI ABBONAMENTO ANNO 2007 (salvo conguaglio) (*)

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE I (legislativa)

		CANONE DI ABBONAMENTO	
Tipo A	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari:		
	(di cui spese di spedizione € 257,04)	- annuale	€ **438,00**
	(di cui spese di spedizione € 128,52)	- semestrale	€ **239,00**
Tipo A1	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi i soli supplementi ordinari contenenti i provvedimenti legislativi:		
	(di cui spese di spedizione € 132,57)	- annuale	€ **309,00**
	(di cui spese di spedizione € 66,28)	- semestrale	€ **167,00**
Tipo B	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte Costituzionale:		
	(di cui spese di spedizione € 19,29)	- annuale	€ **68,00**
	(di cui spese di spedizione € 9,64)	- semestrale	€ **43,00**
Tipo C	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata agli atti della CE:		
	(di cui spese di spedizione € 41,27)	- annuale	€ **168,00**
	(di cui spese di spedizione € 20,63)	- semestrale	€ **91,00**
Tipo D	Abbonamento ai fascicoli della serie destinata alle leggi e regolamenti regionali:		
	(di cui spese di spedizione € 15,31)	- annuale	€ **65,00**
	(di cui spese di spedizione € 7,65)	- semestrale	€ **40,00**
Tipo E	Abbonamento ai fascicoli della serie speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:		
	(di cui spese di spedizione € 50,02)	- annuale	€ **167,00**
	(di cui spese di spedizione € 25,01)	- semestrale	€ **90,00**
Tipo F	Abbonamento ai fascicoli della serie generale, inclusi tutti i supplementi ordinari, ed ai fascicoli delle quattro serie speciali:		
	(di cui spese di spedizione € 383,93)	- annuale	€ **819,00**
	(di cui spese di spedizione € 191,46)	- semestrale	€ **431,00**
Tipo F1	Abbonamento ai fascicoli della serie generale inclusi i supplementi ordinari con i provvedimenti legislativi e ai fascicoli delle quattro serie speciali:		
	(di cui spese di spedizione € 264,45)	- annuale	€ **682,00**
	(di cui spese di spedizione € 132,22)	- semestrale	€ **357,00**

N.B.: L'abbonamento alla GURI tipo A, A1, F, F1 comprende gli indici mensili
Integrando con la somma di € **80,00** il versamento relativo al tipo di abbonamento alla *Gazzetta Ufficiale* - parte prima - prescelto, si riceverà anche l'**Indice Repertorio Annuale Cronologico per materie anno 2007.**

CONTO RIASSUNTIVO DEL TESORO

Abbonamento annuo (incluse spese di spedizione) € **56,00**

PREZZI DI VENDITA A FASCICOLI
(Oltre le spese di spedizione)

Prezzi di vendita:		
serie generale	€	1,00
serie speciali (escluso concorsi), ogni 16 pagine o frazione	€	1,00
fascicolo serie speciale, *concorsi*, prezzo unico	€	1,50
supplementi (ordinari e straordinari), ogni 16 pagine o frazione	€	1,00
fascicolo Bollettino Estrazioni, ogni 16 pagine o frazione	€	1,00
fascicolo Conto Riassuntivo del Tesoro, prezzo unico	€	6,00

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE II (inserzioni)

Abbonamento annuo	*(di cui spese di spedizione € 180,00)*		€ **380,00**
Abbonamento semestrale	*(di cui spese di spedizione € 90,00)*		€ **215,00**
Prezzo di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione (oltre le spese di spedizione)		€ 1,00	

I.V.A. 20% inclusa

RACCOLTA UFFICIALE DEGLI ATTI NORMATIVI

Abbonamento annuo		€ **190,00**
Abbonamento annuo per regioni, province e comuni - SCONTO 5%		€ **180,50**
Volume separato (oltre le spese di spedizione)	€ 18,00	

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

Per l'estero i prezzi di vendita, in abbonamento ed a fascicoli separati, anche per le annate arretrate, compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, devono intendersi raddoppiati. Per il territorio nazionale i prezzi di vendita dei fascicoli separati, compresi i supplementi ordinari e straordinari, relativi ad anni precedenti, devono intendersi raddoppiati. Per intere annate è raddoppiato il prezzo dell'abbonamento in corso. Le spese di spedizione relative alle richieste di invio per corrispondenza di singoli fascicoli, vengono stabilite, di volta in volta, in base alle copie richieste.

N.B. - Gli abbonamenti annui decorrono dal 1° gennaio al 31 dicembre, i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno e dal 1° luglio al 31 dicembre.

RESTANO CONFERMATI GLI SCONTI IN USO APPLICATI AI SOLI COSTI DI ABBONAMENTO

ABBONAMENTI UFFICI STATALI
Resta confermata la riduzione del 52% applicata sul solo costo di abbonamento

* tariffe postali di cui al Decreto 13 novembre 2002 (G.U. n. 289/2002) e D.P.C.M. 27 novembre 2002 n. 294 (G.U. 1/2003) per soggetti iscritti al R.O.C.